

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 16 décembre 1908, à 1 heure

Par **Pierre DELPECH**

Né à Villefranche-de-Rouergue le 21 février 1883

L'AUDITION

CHEZ

LES ADÉNOÏDIENS NON OTITIQUES

(85 OBSERVATIONS PERSONNELLES)

Travail du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Lariboisière

Président : M. SEGOND, professeur.

Juges : MM. WALTHER, GOSSET et PIERRE DUVAL, agrégés.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)

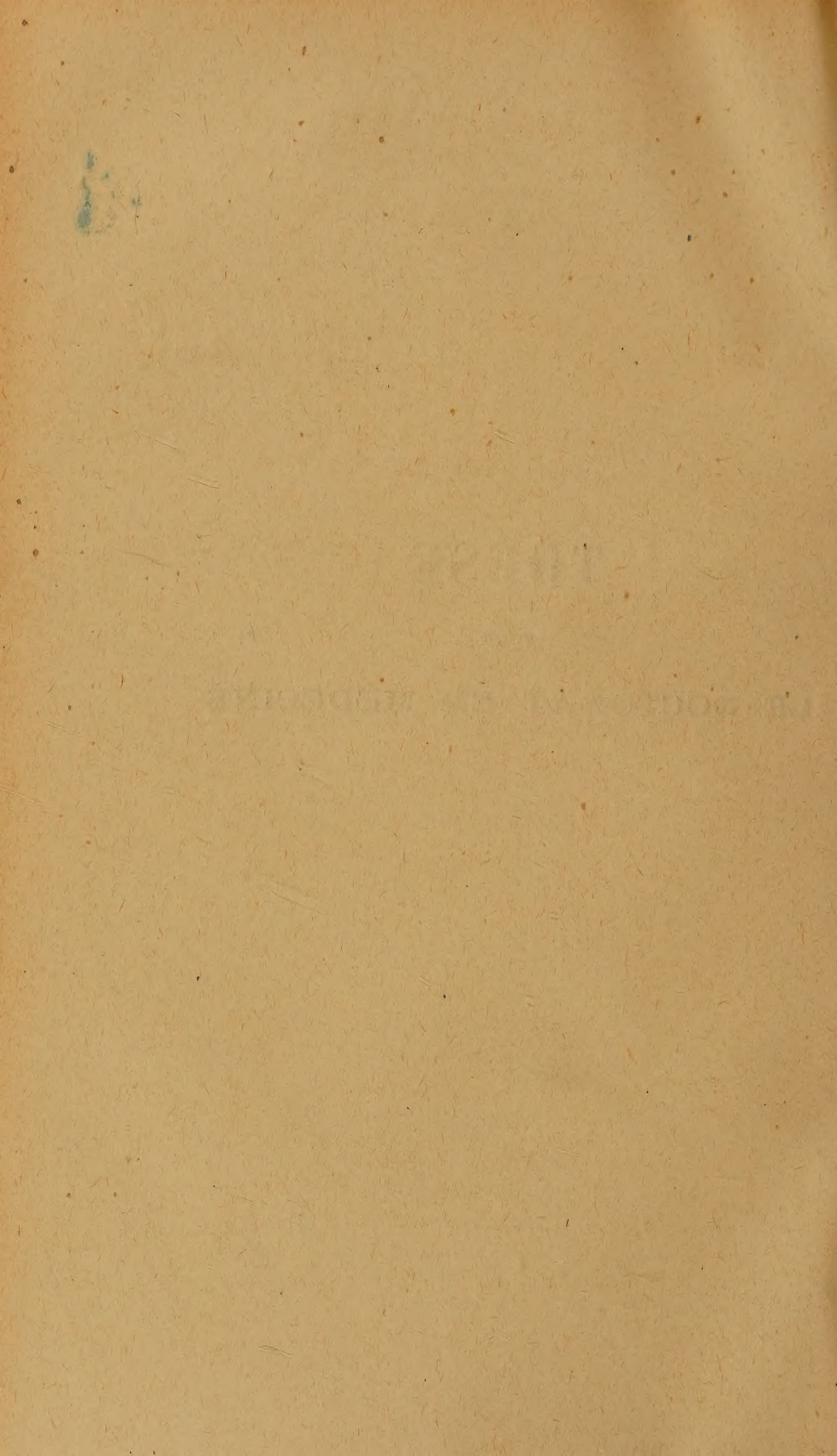
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1908

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

N°

95

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 16 décembre 1908, à 1 heure

Par **Pierre DELPECH**

Né à Villefranche-de-Rouergue le 21 février 1883

L'AUDITION

CHEZ

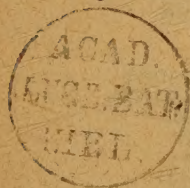
LES ADÉNOÏDIENS NON OTITIQUES

(85 OBSERVATIONS PERSONNELLES)

Travail du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Lariboisière

Président : M. SEGOND, professeur.

Juges : MM. WALTHER, GOSSET et PIERRE DUVAL, agrégés.



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirar, 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen			M. LANDOUZY
Professeurs			MM.
Anatomie.			NICOLAS.
Physiologie			Ch. RICHET.
Physique médicale.			GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.			GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.			BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.			BOUCHARD.
Pathologie médicale			BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale			DEJERINE
Anatomie pathologique			LANNELONGUE
Histologie.			PIERRE MARIE.
Opérations et appareils			PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.			N^o.
Thérapeutique			POUCHET.
Hygiène			GILBERT
Médecine légale.			CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.			THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.			G. BALLET
Clinique médicale.			ROGER.
Maladies des enfants			HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.			DIEULAFOY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.			DEBOVE.
Clinique des maladies du système nerveux.			LANDOUZY.
Clinique chirurgicale.			HUTINEL.
Clinique ophtalmologique.			JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.			GAUCHER.
Clinique gynécologique			RAYMOND.
Clinique chirurgicale infantile			LE DENTU.
Clinique thérapeutique			QUENU.
			RECLUS.
			SEGOND.
			Dr LAPERSONNE
			ALBARRAN.
			PINARD.
			BAR.
			RIBEMONT-DES-SAIGNES.
			POZZI.
			KIRMISSON.
			A. ROBIN.
Agrégés en exercice.			
MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DES DOCTEURS

F. DELPECH ET C. OLMIERE

MES GRANDS-PÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PAUL SEGOND

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. RÉNON

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MÉDECIN DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ

M. LE PROFESSEUR LE DENTU

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU

M. HUCHARD

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MÉDECIN DE L'HOPITAL NECKER

M. CAMPENON

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ

M. DOLÉRIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
ACCOUCHEUR DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

M. THIBIERGE

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

Externat 1904-1905.

M. BARBIER

MÉDECIN DE L'HOPITAL HÉROLD

Externat 1905-1906.

M. GALLIARD

MÉDECIN DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

Externat 1906-1907.

M. PIERRE SEBILEAU

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

CHEF DU SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

Externat 1907-1908.

M. E. LOMBARD

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HOPITAUX

MM. GIBERT ET LEMAITRE

ASSISTANTS DU SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

INTRODUCTION

Des symptômes dus à la présence dans le rhino-pharynx de végétations adénoïdes, le plus frappant par sa constance, le plus intéressant par les complications qu'il engendre est *l'obstruction*.

Les effets de cette obstruction peuvent être de deux ordres : ou ils sont purement *mécaniques*, et la végétation adénoïde, jouant le rôle de corps étranger aseptique, obture une cavité qui pour remplir sa fonction doit être largement ouverte ; ou ils sont *d'ordre infectieux*, et la végétation adénoïde, masse irrégulière, anfractueuse, jouant le rôle de corps étranger septique, voit dans ses replis et autour d'elle, dans le cavum comblé et mal aéré, devenir virulents des microorganismes inoffensifs dans une cavité vaste et lisse.

L'obstruction peut porter sur le *conduit aérien supérieur* et se manifester par des symptômes tels que : abolition plus ou moins complète de la respiration nasale, nasonnement, rhino-pharyngite dans son sens le plus arge, englobant toutes les infections qui intéressent

l'amygdale pharyngée hypertrophiée ou son voisinage. C'est la *forme respiratoire*.

Elle peut porter à la fois sur le *conduit aérien* et sur la *trompe d'Eustache*, au point où celle-ci vient s'ouvrir dans le rhino-pharynx. Nous aurons alors une symptomatologie variée, à la fois nasale et auriculaire ; c'est la *forme mixte*.

L'obstruction peut enfin porter d'une façon sensible uniquement sur la *trompe d'Eustache* et déterminer des troubles localisés à l'organe auditif seul. C'est la *forme auriculaire*.

Les affections de l'oreille imputables à la présence de végétations adénoïdes dans le naso-pharynx sont fréquentes et nombreuses.

Brindel estime à 45,3 0/0, la proportion d'adénoïdiens porteurs de troubles auriculaires. Les statistiques de Meyer, Killian en accusent 75 0/0. Woakes en trouve jusqu'à 95 0/0.

Et les végétations adénoïdes n'agissent pas sur l'oreille en n'y déterminant que des troubles légers. Elles peuvent donner naissance à toute la pathologie de l'oreille moyenne et on connaît sa diversité et son échelle de gravité.

Læwenberg admet deux sortes d'influences des adénoïdes sur l'oreille moyenne.

Elles peuvent agir, d'une part, en entretenant une irritation qui se propage à la caisse. Toutes les affections de la caisse peuvent s'ensuivre : l'otite catarrhale, si bénigne en apparence, mais qui par ses récives sournoises entraîne des lésions irrémédiables d'otite sèche et

un état de surdité incurable à plus ou moins longue échéance ; l'otite suppurée simple abcès de l'oreille moyenne, mais qui, par son siège en quelque sorte *compliqué*, au voisinage de la dure-mère et du sinus latéral, est dangereux tout comme l'est l'appendice enflammé pour son voisin le péritoine. L'irritation, que les végétations adénoïdes entretiennent dans le pharynx et que la trompe d'Eustache porte à l'oreille moyenne, est accrue dans son parcours tubaire. On conçoit que les germes pathogènes trouvent dans ce canal étroit et fermé à son orifice pharyngé par la tumeur adénoïde, une cavité close, excellent milieu de culture. L'obstruction adénoïdienne de la trompe est donc une cause aggravante d'infection, lorsque celle-ci existe. Mais il est des cas où ni le pharynx ni la trompe ne sont enflammés et où néanmoins les végétations adénoïdes retentissent sur l'oreille.

Elles agissent alors (et c'est, d'après Læwenberg, la deuxième sorte d'influence) *en obstruant mécaniquement l'entrée des trompes*. La trompe d'Eustache est ici simplement gênée dans la fonction qui lui est dévolue. Son rôle est de puiser de l'air dans la cavité pharyngée, et elle ne peut effectuer sa prise d'air. Son pavillon s'ouvre sur la masse adénoïde et se trouve en quelque sorte *bâillonné* par elle. La ventilation de la caisse indispensable au bon fonctionnement de l'oreille ne se fait pas ou se fait mal. L'oreille n'est pas malade anatomiquement, mais elle l'est physiologiquement. Que se passera-t-il du côté de l'acuité auditive ? Probablement un affaiblissement. C'est ce qu'il nous a paru intéressant d'observer sur les conseils de notre maître, M. le pro-

fesseur agrégé Sebileau. « Etudiez, nous dit-il, l'audition chez les adénoïdiens non otitiques ; vous trouverez chez beaucoup d'entre eux un certain degré de surdité, méconnue le plus souvent, et que l'adénotomie fera disparaître. »

Ce sujet, à mesure que nous l'approfondissions, devenait pour nous plus instructif et intéressant. La suite de nos observations apportait un témoignage éclatant à la parole de notre maître. Nous en avons recueilli dans son service de Lariboisière 85, qui, toutes, concourent au même but : montrer l'influence néfaste des adénoïdes sur la fonction auditive. Ces observations sont tout le mérite de ce travail, si on veut bien lui en accorder quelque'un.

M. le professeur agrégé SEBILEAU fut pour nous un guide précieux et éclairé. Il nous prodigua ses encouragements et ses conseils. Nous l'en remercions et le prions de croire que nous garderons toujours vivace le souvenir de son bel enseignement et de la bienveillance qu'il nous témoigna. Qu'il veuille bien recevoir ici l'expression de notre grande reconnaissance et de notre respectueux attachement.

Nous tenons à remercier aussi M. le D^r GALLIARD, notre maître de l'année précédente, de l'intérêt dévoué qu'il a porté à notre éducation médicale. Son solide enseignement clinique nous fut très profitable. Nous nous permettons de lui exprimer notre respectueuse gratitude.

DIVISION

- CHAP. I. — Résumé anatomique (Rapports du pavillon tubaire) et physiologique (fonction de la trompe d'Eustache).
- CHAP. II. — Siège des végétations adénoïdes. Végétations massives, végétations diffuses, latérales. Les troubles purement mécaniques qu'elles déterminent. Ce que devient l'audition.
- CHAP. III. — Examen d'un adénoïdien, principalement au point de vue de l'audition.
- CHAP. IV. — Observations personnelles (recueillies à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. le professeur agrégé Sebileau).
- CHAP. V. — Interprétation de nos observations. Importance de l'examen de l'audition chez tout adénoïdien.
- CHAP. VI. — Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

Résumé anatomique (Rapports du pavillon tubaire) et physiologique (fonction de la trompe).

Il nous paraît utile de dire quelques mots de la physiologie de la trompe et des rapports anatomiques de son orifice pharyngien ; cela nous permettra de comprendre facilement dans le chapitre suivant comment les végétations adénoïdes peuvent déterminer une diminution de l'acuité auditive.

La membrane du tympan est la plaque réceptrice des ondes sonores qui viennent frapper l'oreille. Pour être impressionnée par les plus légères d'entre elles, cette membrane doit être douée d'une mobilité exquise. Cet attribut indispensable de mobilité exclut donc avec les organes voisins toutes attaches autres que les attaches normales (circonférentielle avec le cercle tympanal et radiée avec le manche du marteau). La mobilité du tympan est de plus intimement liée à une situation d'équilibre pneumatique, réalisé par une pression égale sur ses deux faces. Le tympan est apte dès lors à rece-

voir et enregistrer toutes les variations de la pression du dehors, c'est-à-dire les impressions sonores. Or c'est la trompe d'Eustache qui est chargée de maintenir à l'intérieur de la caisse, sur la face interne de la membrane tympanique la pression qui doit contrebalancer la pression atmosphérique du conduit auditif externe. La trompe d'Eustache est le conduit de ventilation de l'oreille moyenne, et elle va faire sa prise d'air dans la cavité naso-pharyngée, à même l'atmosphère puisque le pharynx communique largement avec l'air extérieur.

Le mécanisme des prises d'air de la trompe est un peu particulier. Le pavillon tubaire n'est pas constamment béant dans le pharynx. Fermé à l'état statique, s'ouvre par intervalles, et son ouverture est liée à un autre acte physiologique, la déglutition. Lorsque nous avalons notre salive, la trompe d'Eustache aspire la gorge d'air nécessaire pour maintenir constante la pression atmosphérique dans l'oreille moyenne. Et comme les mouvements de déglutition sont des mouvements incessants et réflexes, il s'ensuit que la trompe s'ouvre et se ferme alternativement à notre insu. La coïncidence de la béance tubaire avec l'acte de déglutition s'explique par la contraction du muscle péristaphylin externe. Ce muscle en effet, en même temps qu'il attire en haut le voile du palais (déglutition) attire en dehors la lèvre antérieure du pavillon tubaire et ouvre l'orifice pharyngien de la trompe (béance tubaire). Et ceci nous conduit à étudier la configuration anatomique du pavillon de la trompe et sa situation dans le pharynx.

Le pavillon tubaire ainsi appelé « en raison de sa

disposition plus ou moins évasée » (Testut) est la grande base du cône cartilagineux que forme la trompe d'Eustache après sa sortie du rocher à l'intérieur duquel elle s'est creusé son cône osseux. Cône cartilagineux n'est pas exact; en réalité la trompe est fibro-cartilagineuse dans sa portion extra-pétreuse et la circonférence de son pavillon est formée de deux moitiés, l'une cartilagineuse, postérieure et interne, qui se recourbe en crochet à sa partie supérieure, l'autre fibreuse, antérieure et externe. Ce dispositif anatomique permet la juxtaposition du segment fibreux sur le segment cartilagineux à l'état de repos et l'aspect irrégulier (linéaire, triangulaire, étoilé) de l'orifice. Survienne un mouvement de déglutition et la contraction du péristaphylin externe, tenseur du voile et dilatateur de la trompe, remplit son office : il soulève la soupape antéro-externe fibreuse, dilatant ainsi l'orifice tubaire qui de virtuel devient largement béant.

Le pavillon tubaire aborde la paroi latérale du pharynx nasal à peu près en son milieu dans les deux sens vertical et antéro-postérieur. D'après Tillaux et Testut, il est généralement distant de 10 à 12 millimètres de chacun des quatre côtés du quadrilatère formé par cette paroi, équidistant par conséquent de l'extrémité postérieure du cornet inférieur en avant, du voile du palais en bas, de la paroi postérieure du pharynx en arrière, de sa paroi supérieure en haut. La lèvre antérieure du pavillon de la trompe fait sur la paroi pharyngée une saillie très peu apparente que prolonge en bas le *pli salpingo-palatin*. Sa lèvre postérieure cartilagineuse fait

au contraire une saillie très appréciable qu'on nomme le *bourrelet tubaire* et que double en bas le *pli salpingo-pharyngien*. Tous deux forment la limite antérieure d'une excavation, la *fossette de Rosenmüller*, plus profonde chez le vieillard que chez l'adulte, chez l'adulte que chez l'enfant, très peu marquée chez ce dernier. Disons enfin que l'orifice tubaire est limité en bas par le *pli du releveur*, peu saillant, qui n'est autre que le relief musculaire du péristaphylin interne.

De l'une à l'autre des parois latérales du pharynx s'étend la voûte pharyngée ou *cavum*, qui s'abaisse progressivement d'avant en arrière en suivant le plan osseux basilaire qui lui sert de support, allant rejoindre la paroi postérieure du pharynx et se continuer avec elle.

Le revêtement muqueux du pavillon tubaire est, comme celui du rhino-pharynx, parsemé de-ci de-là d'îlots lymphatiques qui concourent à la formation du segment supérieur du *cercle lymphatique de Waldeyer*. Certains de ces îlots, connus sous le nom d'*amygdale de Gerlach* nés autour du pavillon propageraient leurs traînées jusqu'à l'intérieur du canal tubaire. Ces productions lymphatiques existent chez l'enfant à l'état normal et donnent à sa muqueuse rhino-pharyngée un aspect irrégulièrement lisse. Elles n'engendrent de troubles que lorsqu'elles sont trop abondantes et trop développées, constituant alors les végétations adénoïdes.

CHAPITRE II

Siège des végétations adénoïdes. Végétations massives, végétations diffuses, latérales. Les troubles purement mécaniques qu'elles déterminent. Ce que devient l'audition.

On appelle *végétations adénoïdes*, l'hypertrophie de tout le tissu lymphoïde du pharynx nasal et plus spécialement l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée de Luschka.

L'amygdale pharyngée, « qui occupe la voûte quadrilatère du naso-pharynx », (Escat) est l'amas lymphoïde le plus étendu et le plus constant de la cavité naso-pharyngée. C'est sur elle que porte le plus souvent l'hypertrophie, constituant la forme commune des végétations adénoïdes, la *forme massive*. Les végétations adénoïdes massives, appendues à la voûte du pharynx, descendent plus ou moins volumineuses en arrière des choanes, obturant une plus ou moins grande partie de l'orifice

postérieur des fosses nasales, l'obturant parfois tout entier et atteignant alors le voile du palais sur lequel elles viennent reposer. Les végétations adénoïdes massives sont, en somme, des stalactites ducavum qui s'abaissent parfois jusqu'à prendre contact avec le voile du palais, sol de la grotte pharyngée. On conçoit qu'encombrant ainsi l'arrière-nez, elles gênent la respiration nasale et, dans certains cas, l'empêchent même complètement. C'est, en effet, surtout dans cette forme massive que se rencontrent les troubles respiratoires. Mais elles peuvent aussi produire des troubles auriculaires, en particulier la raréfaction de l'air de la caisse du tympan. Il faut néanmoins pour cela que les végétations adénoïdes soient assez volumineuses pour obturer complètement les choanes et empêcher toute respiration nasale. Dès lors, en effet, dans la cavité pharyngée où l'air ne pénètre plus par les fosses nasales, la pression diminue du fait des mouvements de déglutition successifs. La trompe d'Eustache remplit son office, mais son pavillon s'ouvre dans une cavité où l'air est raréfié et elle ne peut porter à la caisse qu'une pression inférieure à la pression atmosphérique. L'asphyxie de la caisse, si nous pouvons ainsi dire, vient, non de ce que la bouche tubaire respire mal, mais de ce qu'elle fait ses inspirations dans une atmosphère raréfiée. Il se passe ici ce qui arrive « lorsqu'on répète l'expérience de Toynbee c'est-à-dire lorsqu'on exécute un mouvement de déglutition en fermant la bouche et en pinçant les narines... Le vide relatif produit dans le naso-pharynx par la déglutition persiste, attendu que l'oblitération momentanée du nez ne permet pas à l'air extérieur de

venir le combler ; et ce vide naso-pharyngien agissant à travers la trompe libre sur la membrane tympanique, maintient celle-ci enfoncée... Supposons une lésion obstruant d'une façon permanente la cavité naso-pharyngienne : les nécessités de la déglutition entretiendront en permanence dans l'oreille la non-aération telle que la produit l'expérience de Toynbee, et ainsi seront provoqués des troubles auditifs, sans lésion matérielle de l'oreille ni de la trompe..., c'est le mécanisme habituel de la surdité chez les enfants porteurs de végétations adénoïdes. » (Lermoyez et Boulay. *Thérapeutique des maladies de l'oreille*, t. I).

Tel est le mécanisme de la raréfaction de l'air dans l'oreille moyenne par les adénoïdes massives, volumineuses.

A côté de la forme massive, existe la forme disséminée, *diffuse*. A côté de l'amygdale pharyngée, avec elle ou en dehors d'elle, les îlots lymphatiques des parois latérales du rhino-pharynx peuvent s'hypertrophier. La traînée de ces îlots lymphatiques forme dans le cercle de Waldeyer le trajet d'union entre l'amygdale pharyngée et les amygdales palatines. Ils traversent en diagonale la paroi latérale du pharynx nasal, siégeant successivement dans le fond de la fossette de Rosenmüller, sur le bourrelet tubaire, à l'entrée du pavillon tubaire et sur sa lèvre antérieure ; l'hypertrophie peut porter sur un point quelconque de leur trajet ; elle intéresse fréquemment l'amygdale de *Gerlach*, groupe de follicules, situé à l'entrée de la trompe et se prolongeant même dans son canal. Il se forme à ce niveau, venant

doubler la soupape fibreuse physiologique (lèvre antérieure) du pavillon, une nouvelle soupape adénoïdienne, inerte celle-là, toujours fermée, et qu'aucun acte physiologique ne peut ouvrir.

Ainsi se réalise d'une façon parfaite l'obstruction mécanique de la trompe et c'est cette obstruction qui empêche la ventilation de l'oreille moyenne. Ici, à l'encontre de ce qui se passe dans le cas de végétations massives, la cavité pharyngée où la trompe vient faire ses inspirations est le plus souvent largement aérée (car les végétations latérales ne sont jamais assez volumineuses pour obturer complètement les choanes); mais l'orifice tubaire est recouvert d'une masse adénoïde qui le bâillonne. C'est l'asphyxie de la caisse par obstruction de sa bouche aérienne. Et comme les dimensions de cette bouche tubaire sont relativement petites, il suffira, pour obturer, d'un bouchon adénoïdien petit, mais bien placé. On prévoit, d'après cela, que dans le cas de végétations adénoïdes latérales péri-tubaires, le retentissement sur l'oreille ne sera pas, comme dans le cas d'adénoïdes massives, en rapport avec le volume même des adénoïdes, et que des adénoïdes latérales peu volumineuses, bien supportées, pourront ne donner d'autre symptôme qu'une surdité très accusée.

Nous venons d'exposer le mécanisme de la diminution de pression intratympanique dans le cas de végétations adénoïdes; il nous reste à examiner les effets de cette diminution de pression sur le fonctionnement de l'ouïe.

Que devient dans le cas de raréfaction intratympanique la membrane du tympan?

Influencée sur sa face externe par la pression atmosphérique qu'une pression inférieure sur sa face interne ne peut équilibrer, elle doit en toute logique s'enfoncer de dehors en dedans; et c'est en effet ce qui se produit le plus souvent. Mais une question se pose. La membrane tympanique s'enfonce-t-elle en masse, entraînant le manche du marteau dans sa rétraction, et ne conservant que ses rapports marginaux avec le cercle tympanal? Nous n'osons l'affirmer. Bien plus, nous croyons que le manche du marteau reste souvent à sa place et que seule, la surface tympanique molle, la surface tympanique qui est privée de soutien, s'enfonce. Et voici les raisons qui nous font ainsi présumer : 1° On sait que si le manche du marteau s'enfonce, il commande généralement l'enfoncement de l'étrier par l'intermédiaire des osselets. L'enfoncement de l'étrier se traduit par des bourdonnements; or nous n'avons noté de bourdonnements que chez un très petit nombre d'adénoïdiens dont la membrane tympanique était enfoncée; 2° de plus, le manche du marteau nous est le plus souvent apparu avec sa direction et ses dimensions normales. Nous l'avons rarement vu en raccourci comme il arrive lorsqu'il est enfoncé; 3° enfin en avant du manche et en arrière de lui, le côtoyant et le séparant du reste de la membrane nous avons souvent observé deux replis, un antérieur, l'autre postérieur; or un repli est la manifestation objective pour l'œil d'une différence de niveau; le marteau n'était donc pas sur le même plan que la membrane qui l'envi-

ronnait ; il pouvait donc être resté à sa place et la membrane seule enfoncée.

Mais, en somme, que le manche du marteau participe ou non à l'enfoncement de la membrane tympanique, ce qui est certain, c'est que cette dernière, plaque réceptrice des ondes sonores est dans des conditions défectueuses pour vibrer. L'équilibre de pression n'existant plus, le tympan n'a plus la « liberté d'inertie » (Bonnier) qui lui permet d'enregistrer les sons. Il se produit ici le même phénomène que celui qu'on détermine dans l'épreuve des pressions centripètes de *Gellé*. Cette expérience montre en effet qu'à l'état normal, une augmentation de pression dans le conduit auditif externe amène de la surdité. Or, que la pression augmente sur la face externe du tympan, la pression sur sa face interne restant la même, comme dans l'épreuve de *Gellé*, ou que, la pression externe restant la même, la pression interne diminue, comme dans le cas d'obstruction tubaire, dans les deux cas la « compensation tubotympanique » (Bonnier) est rompue et l'ouïe est diminuée. Et il suffit, croyons-nous, pour réaliser une diminution souvent légère de l'audition, d'un défaut d'équilibre presque insignifiant, suffisant pour permettre à la grande surface tympanique molle de s'enfoncer seule, insuffisant pour déterminer l'enfoncement du manche du marteau, celui-ci étant néanmoins sain (gardant sa mobilité normale constatée au *Siegle*).

Le raisonnement nous conduit donc à présumer un affaiblissement de l'audition. L'examen clinique nous le fera constater.

L'expérience nous montre d'autre part qu'en rétablissant à l'intérieur de la caisse la pression atmosphérique par une insufflation d'air au moyen de la poire de Politzer, on ramène momentanément l'audition à son taux normal.

C'est ce que l'adénotomie fera d'une manière définitive en supprimant une fois pour toutes les végétations adénoïdes, cause de raréfaction intra tympanique.

CHAPITRE III

Examen d'un adénoïdien, en particulier au point de vue de l'audition.

Avant de faire l'exposé de l'examen d'un adénoïdien tel que nous l'avons pratiqué, il nous semble nécessaire d'indiquer les règles générales qui ont présidé à notre travail et que nous imposait l'esprit même de ce travail.

Considérant les végétations adénoïdes au seul point de vue de la gêne qu'elles apportent à la ventilation de l'oreille moyenne et de la surdité qui peut en résulter, nous devons écarter de notre observation tous les adénoïdiens porteurs d'une autre affection, cause, elle aussi, de surdité.

Nous n'avons donc pas examiné tous les adénoïdiens.

1° Nous avons systématiquement laissé de côté tous les otorrhéiques, tous les otitiques, sourds déjà du fait de leur otorrhée, de leur otite ; car il nous eût été im-

possible, dans la surdité globale du sujet, de faire la part due à la présence de végétations adénoïdes dans le nasopharynx. Nous nous sommes efforcés d'examiner dans tous les cas *l'adénoïdien égal à lui-même*, celui dont l'oreille est anatomiquement saine. Il est nécessaire cependant d'apporter ici une restriction. Est-ce à dire, en effet, que nos examens ont toujours porté sur des sourds par obstruction mécanique pure du pavillon tubaire. Nous nous garderons de l'affirmer. Il se peut que plusieurs de nos adénoïdiens fussent atteints d'un catarrhe tubaire chronique qui venait ajouter son influence à celle des tumeurs adénoïdes. Constaté la coïncidence du catarrhe tubaire est d'un diagnostic difficile et qui nous paraît superflu. Le catarrhe est certainement dû aux adénoïdes et il est bien léger puisqu'il n'a pas occasionné de propagation infectieuse à la caisse. De semblables cas peuvent entrer dans nos observations sans infirmer en rien leur valeur. Le fait essentiel à retenir est le suivant : *aucun de nos adénoïdiens ne présentait la moindre réaction otitique.*

2° Nous avons éliminé tous les enfants au-dessous de cinq ans. C'est une raison en quelque sorte d'ordre matériel qui nous y a poussé. Une limite d'âge minimum nous était fixée par la nécessité d'examiner l'audition de nos sujets. Cet examen exigeait d'eux une part d'attention et d'intelligence qu'on ne peut demander à un enfant très jeune.

Nous venons d'indiquer les deux variétés d'adénoïdiens qui ne pouvaient entrer dans le cadre de nos observations, et les raisons qui nous ont poussé à les

en écarter. Chez lesquels avons-nous donc étudié l'audition ?

3° *Nous avons examiné tous les autres adénoïdiens ; nous avons examiné ceux qu'on nous disait n'être pas sourds, parce qu'on les disait parfois être distraits et paresseux, et que, comme le dit Lermoyez : « Bien souvent un mauvais élève est un sourd. »*

4° *Enfin nous avons fait un examen de l'audition très simple. Des enfants, même au-dessus de cinq ans, ne peuvent préciser des nuances dans leurs sensations auditives. On aurait tort de leur demander une attention soutenue ; les plus âgés, les plus dociles d'entre eux la fourniraient peut-être, les jeunes en sont incapables. On ne peut juger quelqu'un par rapport à son voisin sur un acte donné, que s'il est apte à l'accomplir au même titre que son voisin. Il était donc nécessaire que parmi les sujets que nous avons observés, les plus jeunes fussent, au même titre que les plus âgés, aptes à nous donner sur leur audition les renseignements que nous cherchions. Et c'est pourquoi nous avons pratiqué des épreuves très simples, suffisantes toutefois pour qu'il soit permis d'en déduire la valeur de la capacité auditive. Nous avons pu, grâce à leur simplicité, les pratiquer sur un nombre très respectable d'enfants entre cinq et quinze ans, et, nous estimons que de telles épreuves, simples et faciles, pratiquées sur un grand nombre, sont plus démonstratives et concluantes que des épreuves complètes, mais compliquées, pratiquées seulement sur quelques-uns.*

Telles sont les remarques générales que nous avons

jugé utile de développer avant d'aborder l'étude du type d'observation qui sert de base à tous nos examens. C'est cet examen de l'adénoïdien, principalement au point de vue de l'audition, qu'il nous reste à exposer.

Un enfant est amené par ses parents à la consultation du service de Lariboisière.

Notre questionnaire est invariablement toujours le suivant :

Quel âge a l'enfant ? (nous avons déclaré éliminer tout sujet au-dessous de cinq ans).

Pourquoi venez-vous consulter ? (la réponse qui nous est faite nous laisse souvent soupçonner qu'il s'agit de végétations adénoïdes).

L'enfant a-t-il tel ou tel des symptômes (nous les énumérons), *imputables à la présence de végétations adénoïdes ?*

L'interrogatoire est interrompu pour un moment. Nous passons à l'examen direct : Facies, état général de l'enfant, examen des fosses nasales, du pharynx et du *cavum*. Nous employons pour l'examen du *cavum* le toucher naso-pharyngien. Cette manœuvre, si elle est désagréable pour l'enfant, a l'avantage d'être rapide et facile ; elle donne des renseignements très précis sur le siège, le volume et la consistance des tumeurs adénoïdes. Nous croyons néanmoins que dans le cas d'enfants dociles dont l'oropharynx est largement ouvert (absence d'amygdales hypertrophiées), la rhinoscopie postérieure peut parfois lui être substituée, exceptionnellement, pensons-nous.

L'état du *cavum* apprécié, nous savons si notre malade

est adénoïdien ou ne l'est pas, et dans le premier cas quel est le degré de l'hypertrophie de son tissu lymphoïde naso-pharyngien et quelles zones de ce tissu sont plus spécialement intéressées.

L'état adénoïdien du malade nous est connu, nous interrogeons de nouveau les parents.

L'enfant a-t-il en ce moment mal aux oreilles? L'une d'elles, ou toutes deux coulent-elles? Ont-elles coulé autrefois?

S'est-il parfois plaint de douleur dans le fond de l'oreille, douleur passagère mais revenant de temps à autre?

(Ce n'est que dans le cas de négative sur toutes ces questions que nous poussons plus loin notre examen).

L'enfant est-il appliqué à l'école? Apprend-il bien? Est-il bon élève? Son maître se plaint-il qu'il est distrait, inattentif? Vous-mêmes (les parents) avez-vous remarqué qu'il fait souvent répéter les questions qu'on lui pose?

Nous passons ensuite à l'examen direct de l'oreille du sujet. Nous notons l'état de la membrane du tympan : sa situation, sa mobilité, son aspect.

Nous pratiquons ensuite les épreuves d'audition, loin du bruit autant que possible, dans une vaste salle du beau service de notre maître.

Quelles épreuves pratiquons-nous ?

1° *L'épreuve de Rinne* qui nous permet de noter la différence entre la perception osseuse et la perception aérienne. Notons qu'elle donne peu de renseignements.

Ce n'est que dans le cas de très grande surdité que le Rinne est négatif.

2° *L'épreuve de la voix parlée.* — Il est certain que les dimensions de la pièce où nous expérimentons (10 mètres de longueur) sont insuffisantes pour donner à cette épreuve toute sa valeur. On verra en effet que dans presque toutes nos observations, les adénoïdiens examinés entendent la voix parlée à une distance au moins égale à 10 mètres, et comme nous ne pouvions nous éloigner d'eux au delà de cette distance, il s'ensuit que nous n'avons pas pu enregistrer la vraie limite de leur audition à la voix parlée.

3° *L'épreuve de la voix chuchotée.* — Ici, la distance normale de perception étant d'environ 12 mètres, l'espace compris entre 10 mètres et 0, dans lequel nous pouvons évoluer, est sensiblement suffisant pour nous permettre d'apprécier la capacité auditive de nos adénoïdiens. Nous avons donc des résultats exacts pour tous, sauf pour ceux dont l'audition à la voix chuchotée est normale ou presque normale.

Dans les deux épreuves de la voix, le sujet est placé, les yeux fermés, à une extrémité de la salle; il nous présente de face l'oreille à examiner, fermant l'autre avec le doigt. De l'autre extrémité de la salle, et nous rapprochant progressivement de lui si c'est nécessaire, nous énonçons soit à voix haute, soit à voix chuchotée mais autant que possible avec la même intensité, des nombres pris au hasard. L'enfant les répète aussitôt qu'il les perçoit et nous mesurons la distance qui le sépare à ce moment de nous.

Nous nous sommes contentés d'énoncer des nombres pour la raison suivante : tout enfant âgé de cinq ans sait compter ; il n'a pas à faire un effort d'intelligence pour percevoir un nombre et le redire. Il n'en est plus de même quand il a à répondre à une question même facile. Ici l'intelligence du sujet doit entrer en activité ; or nous avons voulu faire un examen de l'acuité auditive, non de l'acuité intellectuelle. Lorsque nous avons entrepris ce travail, nous avons eu l'occasion de remarquer le grave inconvénient de l'emploi de phrases et de questions dans l'épreuve de la voix, lorsqu'on expérimente sur des enfants de divers âges et nous les avons rejetées pour nous en tenir aux nombres. Du reste, dans les nombres pris au hasard de 1 à 100 on trouve toutes les voyelles et presque toutes les consonnes de l'alphabet. On peut donc approximativement conclure de l'audition des nombres à celle de la voix en général.

4° *Epreuve de la montre.* — Nous avons utilisé dans tous les cas la même montre fraîchement remontée, et nous avons établi la distance à laquelle elle est perçue par des sujets à audition normale, soit 110 centimètres.

Telles sont les épreuves auditives pratiquées par nous sur tous nos adénoïdiens. Nous nous sommes efforcé, on le voit, de les choisir simples, courtes, faciles à interpréter.

Nous connaissons l'audition de notre sujet avant l'adénotomie, nous sommes donc en possession de la première partie de notre observation, l'*examen préopératoire*.

De l'*opération* nous ne dirons que quelques mots.

Elle est pratiquée sans anesthésie avec la pince de Chatterlier et l'adénotome de Moritz Schmidt. Le curettage du cavum terminé, on fait cracher et moucher l'enfant, on lui donne quelques morceaux de glace pilée à sucer et avaler et il est emmené par ses parents. L'adénotomie est une opération bénigne. Sur les 85 observations que nous exposons plus loin nous n'avons enregistré aucun accident pendant ou après l'intervention. Huit jours après, l'enfant est revu et nous constatons à ce moment le bon état de son cavum et la cicatrisation progressive de sa plaie opératoire. Un mois environ après l'adénotomie, nous pratiquons le *deuxième examen de l'audition*, celui qui, comparé au premier, nous montre le résultat obtenu par l'ablation des végétations adénoïdes.

Au début de notre travail, nous nous étions tracé la règle de ne pas examiner l'audition de l'adénoïdien opéré avant que la plaie pharyngée soit complètement cicatrisée, c'est-à-dire environ un mois à dater de l'adénotomie, et nous avons suivi cette règle très strictement. Toutefois, dans les dernières de nos observations, pressé par le temps, nous nous sommes décidé à pratiquer l'examen post-opératoire une semaine seulement après l'adénotomie, le jour même où l'enfant venait nous montrer sa plaie pharyngée. Nous avons constaté, on le verra, une amélioration de l'audition telle que nous nous demandons sincèrement si elle eût été plus grande quelques semaines après. Nous avons regretté de faire cette constatation sur le tard ; faite au début, elle nous eût permis d'apporter un bien plus grand nombre d'observations. Beaucoup d'adénoïdiens, en effet, examinés

avant l'opération, et, opérés, ne sont plus revenus pour se prêter à l'examen post-opératoire à un mois de distance. Mais cette constatation quoique tardive, nous amène à penser qu'il est inutile de remettre à une date éloignée de l'opération le second examen de l'audition et que la guérison de la surdité due aux adénoïdes est, pour ainsi dire, immédiate et suit de très près l'adénotomie.

L'examen post-opératoire comprend les mêmes termes que l'examen pré-opératoire ; il est pratiqué de la même façon et dans les mêmes conditions. Nous nous sommes suffisamment étendu sur l'un pour nous dispenser de parler davantage de l'autre.

OBSERVATIONS PERSONNELLES (1)

Recueillies dans le service de M. le Professeur agrégé
Sebileau à l'hôpital Lariboisière.

1. *N.-B.* — Nous avons disposé nos observations dans l'ordre
suivant :

A). — Observations d'adénoïdiens très sourds (montre au-
dessous de 25 cm.).

B). — Observations d'adénoïdiens plus ou moins sourds.

C). — Observations d'adénoïdiens à audition normale.

Obs. I. — *Henri S.*, 14 ans, vient consulter pour surdité unilatérale droite et obstruction nasale légère.

Adénotomie le 1^{er} avril.

<i>Examen pré-opérat. 28 mars.</i>				<i>Exam. post-opér. 29 avril.</i>	
Végétations adénoïdes massives (centrales) et paquet d'adénoïdes latérales à droite.				État général bon, cavum libre.	
		O.G.	O.D.	O.G.	O.D.
AUDITION	Rinne	+	+	+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m ¹	10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	10 ^m	7 ^m	10 ^m	8 ^m
	Montre.	1,05	0,20 ³	1,08	0,42

Obs. II. — *Marcelle A.*, 8 ans, vient consulter pour surdité et obstruction nasale.

Adénotomie le 1^{er} avril.

<i>Examen pré-opérat. 21 févr.</i>				<i>Exam. post-opér. 4 mai.</i>	
Facies adénoïdien.				État général bon, obstruction nasale disparue, cavum libre.	
Végétations adénoïdes diffuses, surtout latérales.					
		O.G.	O.D.	O.G.	O.D.
AUDITION	Rinne	—	—	+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m	10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	1,80	1,85	10 ^m	10 ^m
	Montre.	0,03	0,03	1,23	1,14

1. Nous rappelons que le chiffre de 10 mètres n'indique pas la limite d'audition à la voix. Il correspond à la longueur de la salle où nous avons pratiqué nos examens. Il exprime donc un *minimum*.

2. Nous avons déterminé la distance normale d'audition à la montre : 110 centimètres environ. Nos résultats sont exprimés en mètres.

Obs. III. — *Aurélié C...*, 10 ans 1/2, vient consulter pour obstruction nasale (ronfle la nuit) et surdité.

Adénotomie le 8 avril.

<i>Examen pré-opér. 2 avril.</i>				<i>Exam. post-opér. 8 mai.</i>	
Végétations adénoïdes massives et traînées latérales.				État général bon, cavum libre.	
AUDITION		O.G.	O.D.	O.G.	O.D.
	Rinne	+	+	+	+
	Voix parlée . .	6 ^m	6 ^m	10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	0,30	0,50	10 ^m	10 ^m
	Montre.	0,05	0,10	1,00	1,25

Obs. IV. — *Marjolaine J...*, 8 ans, vient consulter pour surdité et obstruction nasale, enfant chétive, peu développée.

Adénotomie le 13 mai.

<i>Examen pré-opér. 7 mai.</i>				<i>Exam. post-opér. 18 juin.</i>	
Végétations adénoïdes latérales.				Bon état général, cavum libre.	
AUDITION		O.G.	O.D.	O.G.	O.D.
	Rinne	—	—	—	—
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m	10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	7 ^m	5 ^m	7 ^m	8 ^m
	Montre.	0,17	0,35	0,65	0,60

Obs. V. — *Georges B...*, 14 ans, vient consulter pour surdité intermittente et obstruction nasale légère, enfant peu développé pour son âge.

Adénotomie le 20 mai.

<i>Examen pré-opér. 15 mai.</i>				<i>Examen post-opér. 16 nov.</i>			
Végétations centrales et surtout latérales.				Bon état général, cavum libre.			
		O.G.	O.D.			O.G.	O.D.
AUDITION	Rinne	+	+			+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m			10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	1,26	1,16			10 ^m faible	10 ^m faible
	Montre.	0,19	0,16			0,56	0,64

Obs. VI. — *Gilberte M...*, 10 ans, amenée pour surdité progressive et obstruction nasale légère.

Adénotomie le 15 juillet.

<i>Exam. pré-opérat. 11 juillet.</i>				<i>Examen post-opér. 20 nov.</i>			
Végétations adénoïdes diffuses, surtout latérales.				Bon état général, surdité persiste.			
		O.G.	O.D.			O.G.	O.D.
AUDITION	Rinne	+	+			+	+
	Voix parlée . .	8 ^m	8 ^m			10 ^m faible	10 ^m faible
	Voix chuchotée	0,65	0,50			3 ^m	4 ^m
	Montre.	0,06	0,10			0,12	0,12

Obs. VII. — *Suzanne L...*, 10 ans, vient consulter pour gêne respiratoire et surdité, enfant chétive, souvent malade.

Adénotomie le 22 juillet.

<i>Examen pré-opér. 18 juillet.</i>				<i>Examen post-opér. 14 oct.</i>			
Facies adénoïdien.				État général très bon, cavum libre.			
Végétations adénoïdes, massives et traînées latérales.							
AUDITION		O.G.	O.D.		O.G.	O.D.	
	Rinne	+	+		douteux	douteux	
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m		10 ^m	10 ^m	
	Voix chuchotée	1,30	1,25		4,16	3,20	
	Montre.	0,35	0,04		0,63	0,16	

Obs. VIII. — *René G...*, 14 ans, vient consulter pour surdité unilatérale droite progressive.

Adénotomie le 22 juillet.

<i>Examen pré-opér. 16 juillet.</i>				<i>Exam. post-opér. 8 octobre</i>			
Végétations adénoïdes latérales, gros paquet à droite.				Bon état général, cavum libre.			
AUDITION		O.G.	O.D.		O.G.	O.D.	
	Rinne	+	+		+	+	
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m		10 ^m	10 ^m	
	Voix chuchotée	10 ^m	4 ^m		10 ^m	10 ^m	
	Montre.	1,15	0,06		1,08	0,58	

Obs. IX. — *Jacques S...*, 14 ans, vient consulter parce qu'il est sourd.

Adénotomie le 22 juillet.

Examen pré-opér. 22 juillet.

Facies adénoïdien.

Végétations adénoïdes diffuses, surtout latérales, hypertrophie des amygdales.

AUDITION		O.G.	O.D.
	Rinne	—	—
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	7 ^m	5 ^m
	Montre.	0,28	0,15

Examen post-opér. 6 nov.

Très bon état général, cavum libre.

	O.G.	O.D.
Rinne	+	+
Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m
Voix chuchotée	10 ^m	10 ^m
Montre.	1,20	1,17

Obs. X. — *Roger N...*, 7 ans, vient consulter pour obstruction nasale, angines fréquentes, surdité intermittente, enfant peu développé.

Adénotomie le 22 juillet.

Examen pré-opér. 22 juillet.

Facies adénoïdien.

Végétations adénoïdes massives volumineuses.

AUDITION		O.G.	O.D.
	Rinne	—	—
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	6 ^m	6 ^m
	Montre.	0,22	0,35

État post-opératoire.

Le père a quitté Paris et ne peut nous le ramener. Il nous écrit : « Je suis heureux de vous dire qu'il a repris sa voix naturelle, qu'il dort très bien, qu'il entend très bien, qu'il est très gai, qu'il a grand appétit, en somme je crois qu'il est très bien portant. »

1. Faible.

Obs. XI. — *Louis J...*, 15 ans, vient consulter pour obstruction nasale et angines fréquentes, peu développé pour son âge.

Adénotomie le 29 juillet.

		<i>Examen pré-opér. 29 juillet.</i>		<i>Exam. post-opér. 12 octobre</i>	
		Facies adénoïdien.		Bon état général.	
		Végétations massives volumineuses.			
		O.G.	O.D.	O.G.	O.D.
AUDITION	Rinne	+	+	+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m	10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	3 ^m	3 ^m	10 ^m	10 ^m
	Montre.	0,22	0,25	0,98	0,84

Obs. XII. — *Lucien M...*, 15 ans, vient consulter pour gêne respiratoire nasale et surdité.

Adénotomie le 14 octobre.

		<i>Exam. pré-opér. 12 octobre.</i>		<i>Examen post-opér. 16 nov.</i>	
		Facies adénoïdien.		Bon état général, cavum libre.	
		Végétations adénoïdes diffuses, hypertrophie des amygdales.			
		O.G.	O.D.	O.G.	O.D.
AUDITION	Rinne	+	+	+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m	10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	6 ^m	8 ^m	10 ^m	10 ^m
	Montre.	0,09	0,10	1,10	1,20

Obs. XIII. — *Paule D...*, 10 ans, vient pour obstruction nasale et surdité, enfant chétive, peu développée physiquement et intellectuellement.

Adénotomie le 21 octobre.

<i>Exam. pré-opér. 13 octobre.</i>				<i>Examen post-opér. 21 nov.</i>	
Facies adénoïdien.				Très bon état général.	
Végétations adénoïdes, massives.					
		O.G.	O.D.	O.G.	O.D.
AUDITION	Rinne	—	—	douteux	douteux
	Voix parlée . .	10 ^m ¹	8 ^m	10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	2,50	3 ^m	9 ^m	9 ^m
	Montre.	0,12	0,12	0,97	1,00

Obs. XIV. — *Yvonne F...*, 9 ans, vient consulter pour surdité et obstruction nasale.

Adénotomie le 21 octobre.

<i>Exam. pré-opér. 15 octobre.</i>				<i>Examen post-opér. 21 nov.</i>	
Facies adénoïdien.				État général bon.	
Végétations adénoïdes diffuses.					
		O.G.	O.D.	O.G.	O.D.
AUDITION	Rinne	douteux		+	+
	Voix parlée . .	8 ^m	8 ^m	10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	0,97	1,30	6 ^m	8 ^m
	Montre.	0,04	0,06	0,49	0,95

1. Faible.

Obs. XV. — *Léone D...*, 13 ans, amenée pour surdité progressive depuis cinq ans et obstruction nasale, enfant peu développée, malade.

Adénotomie le 21 octobre.

<i>Exam. pré-opér. 17 octobre.</i>			<i>Examen post-opér. 20 nov.</i>		
Facies adénoïdien.			État général très bon, cavum libre.		
Végétations adénoïdes centrales et surtout latérales.					
AUDITION		O.G. O.D.	O.G.	O.D.	
	Rinne	— —	+	+	
	Voix parlée . .	6 ^m 8 ^m	10 ^m	10 ^m	
	Voix chuchotée	1 ^m 2 ^m	10 ^m	10 ^m	
	Montre.	0,02 0,01	0,62	0,59	

Obs. XVI. — *Madeleine O...*, 13 ans, vient consulter pour obstruction nasale et surdité intermittente.

Adénotomie le 28 octobre.

<i>Exam. pré opér. 20 octobre.</i>			<i>Examen post-opér. 23 nov.</i>		
Végétations massives et hypertrophie des amygdales.			Cavum libre.		
AUDITION		O.G. O.D.	O.G.	O.D.	
	Rinne	— —	—	—	
	Voix parlée . .	10 ^m 10 ^m	10 ^m	10 ^m	
	Voix chuchotée	1,25 1 ^m	8 ^m	8 ^m	
	Montre.	0,06 0,04	0,56	0,44	

Obs. XVII. — *Marc L...*, 12 ans, vient consulter pour obstruction nasale et rhumes fréquents; à l'école élève assez appliqué; est chétif, délicat, souvent malade.

Adénotomie le 22 avril.

<i>Examen pré-opér. 2 avril.</i>				<i>Examen post-opér. 6 nov.</i>			
Végétations adénoïdes, massives, volumineuses.				Très bon état général, respire bien, ne ronfle plus.			
		O.G.	O.D.			O.G.	O.D.
AUDITION	Rinne	+	+			+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m			10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	10 ^m	10 ^m			10 ^m	10 ^m
	Montre.	0,90	1,02			1,17	1,12

Obs. XVIII. — *Germaine D...*, 13 ans, vient consulter pour obstruction nasale, est souvent distraite.

Adénotomie le 22 avril.

<i>Examen pré-opér. 17 avril.</i>				<i>Examen post-opér. 22 mai.</i>			
Facies adénoïdien.				Bon état général, cavum libre.			
Végétations adénoïdes massives.							
		O.G.	O.D.			O.G.	O.D.
AUDITION	Rinne	+	+			+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m			10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	5 ^m	5 ^m			10 ^m	10 ^m
	Montre.	0,60	0,86			1,22	1,20

Obs. XIX. — *Georges F...*, 10 ans, vient consulter parce qu'il ne peut respirer, ronfle la nuit, est agité ; à l'école, peu avancé pour son âge.

Adénotomie le 22 avril.

<i>Examen pré-opér. 17 avril.</i>				<i>Examen post-opér. 22 mai.</i>			
Facies adénoïdien.				Bon état général, n'a plus			
Végétations adénoïdes mas-				d'obstruction nasale, cavum			
sives et traînées latérales.				libre.			
		O.G.	O.D.			O.G.	O.D.
AUDITION	Rinne	+	+			+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m			10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	3 ^m	1,80			10 ^m faible	10 ^m
	Montre.	0,58	0,54			1,10	1,12

Obs. XX. — *René C...*, 10 ans, vient consulter parce qu'il ronfle la nuit et qu'il n'est pas développé pour son âge.

Adénotomie le 13 mai.

<i>Examen pré-opér. 7 mai.</i>				<i>Examen post-opér. 15 juin.</i>			
Végétations adénoïdes, mas-				Très bon état général, res-			
sives, peu volumineuses, et				pire bien, cavum libre.			
quelques traînées latérales.							
		O.G.	O.D.			O.G.	O.D.
AUDITION	Rinne	+	+			+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m			10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	10 ^m	10 ^m			10 ^m	10 ^m
	Montre.	1,00	1,04			1,40	1,30

Obs. XXI. — *Jeanne H...*, 6 ans, vient consulter parce qu'elle a de la difficulté pour respirer et qu'elle ronfle la nuit; pas de surdité remarquée, mais souvent distraite.

Adénotomie le 20 mai.

<i>Examen pré-opér. 8 mai.</i>			<i>Exam. post-opérat. 20 juin.</i>		
Végétations massives assez volumineuses, traînées latérales.			Bon état général, cavum libre.		
AUDITION		O.G. O.D.		O.G.	O.D.
	Rinne	+ +		+	+
	Voix parlée . .	8 ^m 10 ^m		10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	1 ^m 2 ^m		5 ^m	6 ^m
	Montre.	28 ^m 45 ^m		1,18	1 ^m

Obs. XXII. — *Lucien P...*, 9 ans, vient consulter pour surdité légère et parce qu'il est chétif, délicat.

Adénotomie le 27 mai.

<i>Examen pré-opér. 26 mai.</i>			<i>Examen post-opér. 27 juin</i>		
Quelques végétations latérales, sommet du cavum libre.			Bon état général, cavum libre.		
AUDITION		O.G. O.D.		O.G.	O.D.
	Rinne	+ +		+	+
	Voix parlée . .	10 ^m 10 ^m		10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	8 ^m 8 ^m		10 ^m	10 ^m
	Montre.	1,16 76 ^m		1,08	1,15

Obs. XXIII. — *Alfred H...*, 10 ans, vient consulter pour obstruction nasale presque complète ; à l'école, peu appliqué.

Adénotomie le 17 juin.

<i>Examen pré-opér. 16 juin.</i>			<i>Exam. post-opér. 20 octobre.</i>		
Facies adénoïdien.			Bon état général, respire librement par le nez.		
Végétations adénoïdes, massives, volumineuses.					
		O.G. O.D.	O.G.	O.D.	
AUDITION	Rinne	+ +	+	+	
	Voix parlée . .	10 ^m 10 ^m	10 ^m	10 ^m	
	Voix chuchotée	8 ^m 8 ^m	10 ^m	10 ^m	
	Montre.	0,95 0,80	1,10	1,22	

Obs. XXIV. — *Raymond W...*, 7 ans, vient consulter parce qu'il est très délicat et qu'il est très en retard comme développement physique et intellectuel.

Adénotomie le 17 juin.

<i>Examen pré-opér. 16 juin.</i>			<i>Exam. post-opér. 26 octobre.</i>		
Facies adénoïdien.			Très bon état général.		
Végétations massives et traînées latérales, hypertrophie des amygdales.					
		O.G. O.D.	O.G.	O.D.	
AUDITION	Rinne	+ +	+	+	
	Voix parlée . .	10 ^m 10 ^m	10 ^m	10 ^m	
	Voix chuchotée	8 ^m 8 ^m	10 ^m	10 ^m	
	Montre.	0,85 0,90	1,16	1,20	

Obs. XXV. — *Louis T...*, 8 ans, vient consulter pour obstruction nasale, roufle beaucoup la nuit, se réveille souvent, pas de surdité remarquée, mais est distrait, fait répéter.

Adénotomie le 17 juin.

<i>Examen pré-opér. 17 juin.</i>				<i>Examen post-opér. 9 nov.</i>			
Facies adénoïdien.				Très bien portant, sommeil			
Végétations massives, volumineuses et traînées latérales.				calme.			
AUDITION	O.G.		O.D.	O.G.		O.D.	
	Rinne		douteux	douteux		douteux	
	Voix parlée . .		8 ^m 8 ^m	10 ^m		10 ^m	
	Voix chuchotée		3 ^m 3 ^m	10 ^m		10 ^m	
	Montre		0,35 0,55	0,90		1,00	

Obs. XXVI. — *Robert M...*, 7 ans, vient consulter pour obstruction nasale. Il crache parfois le matin sans effort des mucosités teintées de sang; à l'école, est mou, inappliqué,

Adénotomie le 24 juin.

<i>Examen pré-opér. 16 juin.</i>				<i>Examen post-opér. 15 nov.</i>			
Végétations adénoïdes, massives, pas d'adénoïdite aiguë en ce moment.				Bon état général, cavum libre, ne tousse et crache plus.			
AUDITION	O.G.		O.D.	O.G.		O.D.	
	Rinne		+ +	+		+	
	Voix parlée . .		10 ^m 10 ^m	10 ^m		10 ^m	
	Voix chuchotée		8 ^m 6 ^m	10 ^m		10 ^m	
	Montre		0,70 0,82	1,20		1,12	

Obs. XXVII. — *Odile A...*, 7 ans, vient consulter parce qu'elle a fréquemment des angines et qu'elle a de la gêne respiratoire nasale; très en retard à l'école.

Adénotomie le 1^{er} juillet.

Examen pré-opér. 20 juin.

Végétations massives, assez abondantes, amygdales hypertrophiées.

	O.G.	O.D.
Rinne	+	+
Voix parlée . . .	10 ^m	10 ^m
Voix chuchotée .	8 ^m	7 ^m
Montre.	0,80	0,90

AUDITION

Exam. post-opér. 13 octobre.

Bon état général.

	O.G.	O.D.
Rinne	+	+
Voix parlée . . .	10 ^m	10 ^m
Voix chuchotée .	10 ^m	10 ^m
Montre.	1,03	1,22

Obs. XXVIII. — *Georges P...*, 9 ans, vient consulter parce qu'il est sourd parfois, et qu'il est inattentif et distrait à l'école.

Adénotomie le 8 juillet.

Examen pré-opér. 4 juillet.

Végétations adénoïdes, latérales, surtout à droite.

	O.G.	O.D.
Rinne	+	+
Voix parlée . . .	10 ^m	10 ^m
Voix chuchotée .	10 ^m	10 ^m
Montre.	0,78	0,34

AUDITION

Exam. post-opér. 8 octobre.

Bon état général, cayum libre, est encore sourd parfois.

	O.G.	O.D.
Rinne	+	+
Voix parlée . . .	10 ^m	10 ^m
Voix chuchotée .	10 ^m	10 ^m
Montre.	0,78	0,60

Obs. XXIX. — *René L...*, 11 ans, vient consulter parce qu'il ronfle la nuit et se réveille souvent.

Adénotomie le 15 juillet.

<i>Examen pré-opér. 15 juillet.</i>				<i>Examen post-opér. 9 nov.</i>			
Végétations adénoïdes massives, peu abondantes.				Bien portant, cavum libre,			
AUDITION		O.G.	O.D.		O.G.		O.D.
	Rinne	+	+		+		+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m		10 ^m		10 ^m
	Voix chuchotée	10 ^m	10 ^m		10 ^m		10 ^m
	Montre.	0,82	0,80		1,32		1,25

Obs. XXX. — *Gaston C...*, 14 ans, vient consulter pour obstruction nasale; à l'école, moyen élève.

Adénotomie le 15 juillet.

<i>Examen pré-opér. 9 juillet.</i>				<i>Exam. post-opér. 30 oct.</i>			
Facies adénoïdienne.				Bon état général, respire librement par le nez.			
Végétations adénoïdes massives peu abondantes et quelques traînées latérales.							
AUDITION		O.G.	O.D.		O.G.		O.D.
	Rinne	+	+		+		+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m		10 ^m		10 ^m
	Voix chuchotée	10 ^m	10 ^m		10 ^m		10 ^m
	Montre.	0,70	1,00		1,15		1,16

1. Faible.

Delpech

Obs. XXXI. — *Paul F...*, 11 ans, vient consulter parce qu'il dort la bouche ouverte et qu'il ronfle; à l'école, moyen élève.

Adénotomie le 15 juillet.

<i>Examen pré-opér. 15 juillet.</i>				<i>Examen post-opér. 12 oct.</i>			
Facies adénoïdien.				Très bon état général, dort			
Végétations adénoïdes massives et latérales.				bien, ne ronfle plus.			
		O.G.	O.D.			O.G.	O.D.
AUDITION	Rinne	+	+			+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m			10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	10 ^m ¹	10 ^m ¹			10 ^m	10 ^m
	Montre.	0,32	0,50			0,78	1,06

Obs. XXXII. — *Madeleine P...*, 9 ans, vient consulter parce qu'elle a de grosses amygdales et qu'elle est gênée pour respirer; très en retard au point de vue physique et intellectuel, pas de surdité remarquée.

Adénotomie le 15 juillet.

<i>Examen pré-opér. 15 juillet.</i>				<i>Examen post-opér. 9 oct.</i>			
Facies adénoïdien.				Bon état général, se développe bien, cavum libre.			
Végétations adénoïdes, massives et surtout latérales, hypertrophie des amygdales.							
		O.G.	O.D.			O.G.	O.D.
AUDITION	Rinne	+	+			+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m			10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	10 ^m ¹	8 ^m			10 ^m	10 ^m
	Montre.	0,40	0,35			1,22	1,34

1. Faible.

Obs. XXXIII. — *Lionel M...*, 12 ans, vient consulter parce qu'il a de l'obstruction nasale et qu'il s'enrhume fréquemment, pas de surdité remarquée des parents ; peu appliqué à l'école.

Adénotomie le 15 juillet.

Exam. pré-opér. 11 juillet.
Végétations adénoïdes latérales.

AUDITION		O.G.	O.D.
	Rinne	+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	8 ^m	8 ^m
	Montre	0,44	0,35

Examen post-opér. 15 oct.
Bon état général.
Meilleur élève à l'école.

	O.G.	O.D.
Rinne	+	+
Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m
Voix chuchotée	10 ^m	10 ^m
Montre	1,15	0,92

Obs. XXXIV. — *Marcel D...*, 17 ans, vient consulter parce qu'il respire difficilement par le nez et qu'il mouche abondamment des mucosités teintées de sang parfois.

Adénotomie le 15 juillet.

Exam. pré-opér. 13 juillet.
Facies adénoïdien.
Végétations adénoïdes massives, volumineuses.

AUDITION		O.G.	O.D.
	Rinne	+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	10 ^m	10 ^m
	Montre	0,90	1,05

Examen post-opér. 15 oct.
Obstruction nasale disparue.

	O.G.	O.D.
Rinne	+	+
Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m
Voix chuchotée	10 ^m	10 ^m
Montre	1,15	1,09

1. Faible.

Obs. XXXV. — *Albert P...*, 17 ans, vient consulter pour obstruction nasale et rhumes fréquents.

Adénotomie le 22 juillet.

<i>Examen pré-opér. 16 juillet.</i>			<i>Examen post-opér. 9 octobre.</i>		
Facies adénoïdien.			Bon état général, cavum libre.		
Végétations diffuses, centrales et latérales.					
AUDITION		O.G. O.D.	O.G.	O.D.	
	Rinne	+ +	+	+	
	Voix parlée . .	10 ^m 10 ^m	10 ^m	10 ^m	
	Voix chuchotée	8 ^m 10 ^m ⁴	10 ^m	10 ^m	
	Montre.	0,70 0,55	0,98	1,02	

Obs. XXXVI. — *Fernande F...*, 11 ans, vient consulter parce qu'elle ronfle la nuit, a souvent des maux de tête, enfant très délicate.

Adénotomie le 22 juillet.

<i>Examen pré-opér. 16 juillet.</i>			<i>Exam. post-opér. 6 octobre.</i>		
Végétations adénoïdes massives, volumineuses.			État général bien amélioré.		
AUDITION		O.G. O.D.	O.G.	O.D.	
	Rinne	+ +	+	+	
	Voix parlée . .	10 ^m 10 ^m	10 ^m	10 ^m	
	Voix chuchotée	10 ^m 10 ^m	10 ^m	10 ^m faible	
	Montre.	0,92 0,75	0,94	0,81	

1. Faible.

Obs. XXXVII. — *Renée R.*, 10 ans, vient consulter parce qu'elle s'enrhume souvent et a parfois mal à la gorge; à l'école, est peu appliquée.

Adénotomie le 22 juillet.

<i>Examen pré-opér. 18 juillet.</i>				<i>Exam. post-opér. 9 octobre.</i>	
Facies adénoïdien.				Très bon état général, cavum	
Végétations adénoïdes dif-				libre.	
fuses.					
AUDITION		O.G.	O.D.	O.G.	O.D.
	Rinne	+	+	+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m	10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	10 ^m	10 ^m	10 ^m	10 ^m
	Montre.	1,05	0,96	1,12	1,20

Obs. XXXVIII. — *Suzanne R.*, 6 ans, vient consulter parce qu'elle dort la bouche ouverte et ronfle. Est souvent distraite, fait répéter quand on lui cause.

Adénotomie le 22 juillet.

<i>Examen pré-opér. 18 juillet.</i>				<i>Exam. post-opér. 9 octobre.</i>	
Facies adénoïdien.				Très bon état général, obs-	
Végétations adénoïdes mas-				truction nasale disparue.	
sives, hypertrophie des amyg-					
dales.					
AUDITION		O.G.	O.D.	O.G.	O.D.
	Rinne	+	+	+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m	10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	6 ^m	7 ^m	10 ^m	10 ^m
	Montre.	0,83	0,92	1,02	0,94

Obs. XXXIX. — *Alphonse M...*, 12 ans, vient consulter pour obstruction nasale et pour laryngites fréquentes; à l'école, distrait, inattentif.

Adénotomie le 22 juillet.

<i>Examen pré-opér. 18 juillet.</i>			<i>Exam. post-opér. 9 octobre.</i>		
Facies adénoïdien.			Cavum libre, obstruction nasale à peu près disparue.		
Végétations adénoïdes massives, assez abondantes, quelques traînées latérales.					
AUDITION		O.G. O.D.		O.G.	O.D.
	Rinne	+ +		+	+
	Voix parlée . .	10 ^m 10 ^m		10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	10 ^m ¹ 10 ^m ¹		10 ^m	10 ^m
	Montre.	0,49 0,56		0,85	0,90

Obs. XL. — *René M...*, 10 ans, vient consulter pour gêne respiratoire nasale; peu appliqué à l'école.

Adénotomie le 29 juillet.

<i>Examen pré-opér. 21 juillet.</i>			<i>Examen post-opér. 16 nov.</i>		
Facies adénoïdien.			Très bien portant, plus appliqué à l'école.		
Végétations adénoïdes, massives, volumineuses.					
AUDITION		O.G. O.D.		O.G.	O.D.
	Rinne	+ +		+	+
	Voix parlée . .	10 ^m 10 ^m		10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	10 ^m ¹ 10 ^m ¹		10 ^m	10 ^m
	Montre.	0,98 0,81		1,17	1,03

1. Faible.

Obs. XLI. — *Marcel Ch...*, 14 ans, vient consulter pour obstruction nasale, enfant distrait, élève très médiocre à l'école.

Adénotomie le 29 juillet.

<i>Examen pré-opér. 28 juillet.</i>				<i>Examen post-opér. 16 nov.</i>			
Facies adénoïdien.				Très bon état général, est devenu bon élève.			
Végétations adénoïdes centrales, volumineuses, et latérales.							
AUDITION		O.G.	O.D.		O.G.	O.D.	
	Rinne	+	+		+	+	
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m		10 ^m	10 ^m	
	Voix chuchotée	10 ^m	10 ^m		10 ^m	10 ^m	
	Montre	0,78	0,44		1,14	1,12	

Obs. XLII. — *Edmond C.*, 12 ans, vient consulter parce qu'il toussé fréquemment et qu'il ronfle la nuit. A l'école, mauvais élève, peu appliqué, distrait.

Adénotomie le 29 juillet.

<i>Examen pré-opér. 28 juillet.</i>				<i>Examen post-opér. 16 nov.</i>			
Facies adénoïdien.				Bon état général, est devenu plus studieux.			
Végétations adénoïdes diffuses, surtout latérales.							
AUDITION		O.G.	O.D.		O.G.	O.D.	
	Rinne	+	+		+	+	
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m		10 ^m	10 ^m	
	Voix chuchotée	10 ^m	8 ^m		10 ^m	10 ^m	
	Montre	0,65	0,55		1,22	1,18	

1. Faible.

Obs. XLIII. — *Marcel B...*, 8 ans, vient consulter pour angines fréquentes et obstruction nasale; enfant peu développé intellectuellement et physiquement.

Adénotomie le 29 juillet.

<i>Examen pré-opér. 28 juillet.</i>				<i>Examen post-opér. 9 nov.</i>	
Végétations adénoïdes, dif-				État général très bon.	
fuses, gros paquet à droite.					
AUDITION		O.G.	O.D.	O.G.	O.D.
	Rinne	+	+	+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m	10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	8 ^m	8 ^m	10 ^m	10 ^m
	Montre.	0,54	0,47	1,15	1,15

Obs. XLIV. — *Marcel P...*, 7 ans, vient consulter pour obstruction nasale progressive; dort la bouche ouverte.

Adénotomie le 29 juillet.

<i>Examen pré-opér. 28 juillet.</i>				<i>Examen post-opér. 9 octob.</i>	
Facies adénoïdien.				Très bien portant, ne ronfle	
Végétations adénoïdes mas-				plus.	
sives, volumineuses.					
AUDITION		O.G.	O.D.	O.G.	O.D.
	Rinne	+	+	+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m	10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	7 ^m	8 ^m	10 ^m	10 ^m
	Montre.	0,64	0,67	1,15	1,10

1. Faible.

Obs. XLV. — *Maurice Ph...*, 8 ans, vient consulter parce qu'il tousse souvent et qu'il a de la gêne de la respiration nasale ; enfant très en retard à l'école ; pas de surdité remarquée.

Adénotomie le 29 juillet.

<i>Examen pré-opér. 28 juillet.</i>			<i>Examen post-opér. 5 octob.</i>		
Faciès adénoïdien.			Bon état général, respire		
Végétations adénoïdes centrales et quelques traînées latérales.			bien, ne s'enrhume plus.		
AUDITION		O.G. O.D.		O.G.	O.D.
	Rinne	+ +		+	+
	Voix parlée . .	10 ^m 10 ^m		10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	10 ^m ¹ 8 ^m		10 ^m	10 ^m
	Montre	0,49 0,45		1,20	1,18

Obs. XLVI. — *Yvonne G...*, 14 ans, amenée parce qu'elle a des maux de gorge fréquents ; est sourde ou distraite parfois.

Adénotomie le 7 octobre.

<i>Examen pré-opér. 6 octobre.</i>			<i>Examen post-opér. 20 nov.</i>		
Végétations adénoïdes latérales, hypertrophie des amygdales.			État général très bon.		
AUDITION		O.G. O.D.		O.G.	O.D.
	Rinne	+ +		+	+
	Voix parlée . .	10 ^m 10 ^m		10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	5 ^m 7 ^m		10 ^m	10 ^m
	Montre	0,56 0,47		1,10	1,20

1. Faible.

Obs. XLVII. — *Daniel M...*, 6 ans, vient consulter parce qu'il dort la bouche ouverte et ronfle; enfant chétif, peu développé; distrait, fait répéter.

Adénotomie le 7 octobre.

<i>Examen pré-opér. 18 juillet.</i>			<i>Examen post-opér. 6 nov.</i>		
Facies adénoïdien.			Très bon état général, cavum		
Végétations adénoïdes diffuses, centrales et latérales (gros paquet de chaque côté).			libre.		
			O.G.	O.D.	
AUDITION	Rinne	+ +	+	+	
	Voix parlée . .	10 ^m 10 ^m	10 ^m	10 ^m	
	Voix chuchotée	5 ^m 8 ^m	10 ^m	10 ^m	
	Montre.	0,50 0,78	1,07	0,98	

Obs. XLVIII. — *Lucien B...*, 12 ans, vient consulter pour maux de gorge fréquents. Surdité intermittente remarquée des parents, assez bon élève à l'école.

Adénotomie le 14 octobre.

<i>Examen pré-opér. 10 octob.</i>			<i>Examen post-opér. 16 nov.</i>		
Facies adénoïdien léger.			Bien amélioré.		
Végétations adénoïdes massives, assez volumineuses.					
			O.G.	O.D.	
AUDITION	Rinne	+ +	+	+	
	Voix parlée . .	10 ^m 10 ^m	10 ^m	10 ^m	
	Voix chuchotée	10 ^m 10 ^m	10 ^m	10 ^m	
	Montre.	0,56 0,64	1,09	1,27	

1. Faible.

Obs. XLIX. — *Madeleine T...*, 16 ans, vient consulter parce qu'elle a de la gêne respiratoire nasale ; est souvent distraite.

Adénotomie le 14 octobre.

<i>Examen pré-opér. 8 octob.</i>				<i>Examen post-opér. 16 nov.</i>	
Végétations adénoïdes diffuses, centrales assez volumineuses et latérales.				Bon état général.	
AUDITION		O.G.	O.D.	O.G.	O.D.
	Rinne	+	+	+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m	10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	10 ^m	10 ^m	10 ^m	10 ^m
	Montre	0,75	0,80	1,25	1,46

Obs. L. — *Robert S...*, 12 ans, vient consulter pour angines fréquentes et obstruction nasale ; médiocre élève à l'école.

Adénotomie le 14 octobre.

<i>Examen pré-opér. 8 octob.</i>				<i>Examen post-opér. 13 nov.</i>	
Facies adénoïdien.				État général très amélioré.	
Végétations adénoïdes massives assez volumineuses, quelques traînées latérales.					
AUDITION		O.G.	O.D.	O.G.	O.D.
	Rinne	+	+	+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m	10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	10 ^m	10 ^m	10 ^m	10 ^m
	Montre	0,80	0,78	1,12	1,10

1. Faible.

Obs. LI. — *Célestin G...*, 14 ans, vient consulter parce qu'il dort la bouche ouverte, qu'il ronfle et a souvent mal à la gorge ; à l'école est peu appliqué, inattentif, distrait.

Adénotomie le 14 octobre.

<i>Examen pré-opér. 10 octob.</i>				<i>Examen post opér. 20 nov.</i>			
Végétations adénoïdes diffuses, amygdales hypertrophiées.				État général très bon, obstruction nasale disparue.			
		OG.	O.D.			O.G.	O.D.
AUDITION	Rinne	+	+			+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m			10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	8 ^m	6 ^m			10 ^m	10 ^m
	Montre.	0,65	0,50			1,12	1,18

Obs. LII. — *René A...*, 13 ans, vient consulter pour obstruction nasale et angines fréquentes ; est distrait fait répéter souvent.

Adénotomie le 14 octobre.

<i>Examen pré-opér. 10 octob.</i>				<i>Examen post-opér. 16 nov</i>			
Facies adénoïdien.				Bon état général, cavum libre.			
Végétations adénoïdes diffuses, surtout latérales, amygdales légèrement hypertrophiées.							
		O.G.	O.D.			O.G.	O.D.
AUDITION	Rinne	+	+			+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m			10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	6 ^m	8 ^m			10 ^m	10 ^m
	Montre.	0,52	0,41			0,90	1,03

Obs. LIII. — *Jeanne L...*, 14 ans, vient consulter parce qu'elle dort la bouche ouverte et ronfle. Surdité intermittente remarqu e des parents.

Adénotomie le 14 octobre.

<i>Examen pré-opér. 10 octob.</i>			<i>Examen post-opér. 13 nov.</i>		
Facies adénoïdien.			Bon �tat général, obstruction nasale presque disparue, entend bien.		
Végétations adénoïdes centrales assez volumineuses et traînées latérales.					
AUDITION	O.G. O.D.		O.G.	O.D.	
	Rinne	+ +	+	+	
	Voix parlée . .	10 ^m 10 ^m	10 ^m	10 ^m	
	Voix chuchotée	10 ^m 10 ^m	10 ^m	10 ^m	
	Montre	0,72 0,88	1,07	1,05	

Obs. LIV. — *Jeanne L...*, 11 ans, vient consulter pour obstruction nasale, est distraite, inattentive, inappliqu e à l' cole.

Adénotomie le 21 octobre.

<i>Examen pré-opér. 12 octob.</i>			<i>Examen post-opér. 20 nov.</i>		
Facies adénoïdien.			�tat général très amélioré, cavum libre.		
Végétations adénoïdes massives volumineuses.					
AUDITION	O.G. O.D.		O.G.	O.D.	
	Rinne	+ +	+	+	
	Voix parlée . .	10 ^m 10 ^m	10 ^m	10 ^m	
	Voix chuchotée	10 ^m 8 ^m	10 ^m	10 ^m	
	Montre	0,82 0,66	1,24	1,02	

1. Faible.

Obs. LV. — *Léon M...*, 8 ans, vient consulter parce qu'à l'école il est inattentif et inappliqué; ses parents pensent qu'il doit être sourd.

Adénotomie le 21 octobre.

<i>Examen pré-opér. 12 octob.</i>			<i>Examen post-opér. 20 nov.</i>	
Facies adénoïdien.			Est très amélioré; à l'école	
Végétations adénoïdes diffuses, traînées latérales, hypertrophie légère des amygdales.			on est très content de lui depuis l'opération.	
AUDITION	O.G. O.D.		O.G.	O.D.
	Rinne	+ +	+	+
	Voix parlée . .	10 ^m 10 ^m	10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	7 ^m 10 ^m ¹	10 ^m	10 ^m
	Montre.	0,45 0,42	0,78	0,70

Obs. LVI. — *Henri P...*, 12 ans, vient consulter parce qu'il est sujet aux maux de gorge : il dort la bouche ouverte et ronfle; souvent distrait, inattentif.

Adénotomie le 21 octobre.

<i>Examen pré-opér. 13 octob.</i>			<i>Examen post-opér. 20 nov.</i>	
Facies adénoïdien. Végétations adénoïdes diffuses. Amygdales hypertrophiées.			Bon état général, obstruction nasale disparue.	
AUDITION	O.G. O.D.		O.G.	O.D.
	Rinne	+ +	+	+
	Voix parlée . .	10 ^m ¹ 10 ^m ¹	10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	2 ^m 5 ^m	5 ^m	6 ^m
	Montre	0,30 0,27	0,48	0,68

1. Faible.

Obs. LVII. — René L., 8 ans, vient consulter pour obstruction nasale et parce qu'il s'enrhume souvent; enfant distrait, peu appliqué.

Adénotomie le 21 octobre.

		<i>Examen pré-opér. 13 octob.</i>		<i>Examen post-opér. 20 nov.</i>	
		Facies adénoïdien, végétations adénoïdes diffuses, centrales et latérales.		Etat général très satisfaisant.	
		O.G.	O.D.	O.G.	O.D.
AUDITION	Rinne	douteux		+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m	10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	10 ^m	10 ^m	10 ^m	10 ^m
	Montre.	0,60	0,71	1,12	1,13

Obs. LVIII. — Lucienne L., 10 ans, vient consulter parce qu'elle a de la gêne respiratoire nasale et qu'elle est chétive, peu développée.

Adénotomie le 21 octobre.

		<i>Examen pré-opér. 13 octob.</i>		<i>Examen post-opér. 20 nov.</i>	
		Facies adénoïdien, végétations adénoïdes massives volumineuses; quelques traînées latérales.		Très bon état général; cavum libre.	
		O.G.	O.D.	O.G.	O.D.
AUDITION	Rinne	+	+	+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m	10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	10 ^m	10 ^m	10 ^m	10 ^m
	Montre.	0,82	0,90	1,27	1,18

Obs. LIX. — *Joseph F...*, 14 ans, vient consulter parce qu'il a des laryngites fréquemment et qu'il respire difficilement par le nez.

Adénotomie le 21 octobre.

<i>Examen pré-opér. 13 octob.</i>				<i>Examen post-opér. 20 nov.</i>			
Végétations adénoïdes diffuses peu abondantes.				Bon état général, cavum libre.			
O.G. O.D.				O.G. O.D.			
AUDITION	Rinne	+	+		+		+
	Voix parlée . . .	10 ^m	10 ^m		10 ^m		10 ^m
	Voix chuchotée . .	10 ^m	10 ^m		10 ^m		10 ^m
	Montre.	0,80	0,90		1,22		1,12

Obs. LX. — *Germaine V...*, 11 ans, vient consulter parce qu'elle a fréquemment des angines, qu'elle ronfle la nuit; enfant chétive, peu développée.

Adénotomie le 21 octobre.

<i>Examen pré-opér. 15 octob.</i>				<i>Examen post-opér. 20 nov.</i>			
Facies adénoïdien. Végétations adénoïdes centrales, quelques traînées latérales.				Très améliorée comme état général.			
O.G. O.D.				O.G. O.D.			
AUDITION	Rinne	+	+		+		+
	Voix parlée . . .	10 ^m	10 ^m		10 ^m		10 ^m
	Voix chuchotée . .	10 ^m	10 ^m		10 ^m		10 ^m
	Montre.	0,65	0,62		1,09		1,11

Obs. LXI. — *Jeanne R.*, 12 ans, vient consulter parce qu'elle a de la gêne respiratoire nasale; enfant distraite, fait souvent répéter.

Adénotomie le 21 octobre.

		<i>Examen pré-opér. 16 octob.</i>		<i>Examen post-opér. 20 nov.</i>	
		Facies adénoïdien. Végétations adénoïdes massives, amygdales hypertrophiées.		État général très satisfaisant.	
		O.G.	O.D.	O.G.	O.D.
AUDITION	Rinne	+	+	+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m	10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	10 ^m	10 ^m	10 ^m	10 ^m
	Montre	0,85	0,92	1,15	1,16

Obs. LXII. — *Gabrielle G.*, 12 ans, vient consulter parce qu'elle a fréquemment mal à la gorge, enfant chétive peu développée.

Adénotomie le 21 octobre.

		<i>Examen pré-opér. 17 octob.</i>		<i>Examen post-opér. 20 nov.</i>	
		Végétations adénoïdes diffuses, surtout centrales; amygdales hypertrophiées.		Est très améliorée comme état général.	
		O.G.	O.D.	O.G.	O.D.
AUDITION	Rinne	+	+	+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m	10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	10 ^m	10 ^m	10 ^m	10 ^m
	Montre	0,80	0,83	1,17	1,13

1. Faible.

Delpech

Obs. LXIII. — *Andrée P...*, 8 ans, vient consulter parce qu'elle a de la gêne respiratoire nasale, est sujette aux maux de gorge; enfant distraite, inappliquée, fait répéter souvent.

Adénotomie le 28 octobre.

Examen pré-opér. 22 octob.
Facies adénoïdien. Végétations adénoïdes centrales, quelques traînées latérales. Amygdales hypertrophiées.

Examen post-opér. 21 nov.
État général très satisfaisant.

AUDITION		O.G.	O.D.		O.G.	O.D.
	Rinne	+	+		+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m		10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	10 ^m	10 ^m		10 ^m	10 ^m
	Montre	0,64	0,53		1,08	1,10

Obs. LXIV. — *Georges T...*, 7 ans, vient consulter parce qu'il dort la bouche ouverte et qu'il ronfle la nuit; enfant très en retard intellectuellement et physiquement; peu appliqué à l'école.

Adénotomie le 4 novembre.

Examen pré-opér. 29 oct.
Facies adénoïdien. Végétations adénoïdes diffuses volumineuses.

Examen post-opér. 23 nov.
Bon état général. Cavum libre.

AUDITION		O.G.	O.D.		O.G.	O.D.
	Rinne	+	+		+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m		10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	5 ^m	6 ^m		10 ^m	10 ^m
	Montre	0,62	0,68		0,98	1,05

1. Faible.

Obs. LXV. — *Louis D...*, 10 ans, vient consulter parce qu'il est délicat, ne mange pas; obstruction nasale; en retard à l'école, pas de surdité remarquée des parents.

Adénotomie le 4 novembre.

<i>Examen pré-opér. 31 oct.</i>				<i>Examen post-opér. 18 nov.</i>			
Facies adénoïdien. Végétations diffuses, volumineuses, amygdales hypertrophiées.				Très amélioré au point de vue général.			
AUDITION		O.G.	O.D.		O.G.		O.D.
	Rinne	+	+		douteux		douteux
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m		10 ^m		10 ^m
	Voix chuchotée	5 ^m	8 ^m		10 ^m		10 ^m
	Montre	0,32	0,33		0,94		1,12

Obs. LXVI. — *René M...*, 16 ans, vient consulter parce qu'il a de la gêne respiratoire nasale, n'est ni sourd ni distrait.

Adénotomie le 4 novembre.

<i>Examen pré-opér. 31 octob.</i>				<i>Examen post-opér. 11 nov.</i>			
Facies adénoïdien. Végétations adénoïdes massives, volumineuses.				(Huit jours après), gêne respiratoire persiste.			
AUDITION		O.G.	O.D.		O.G.		O.D.
	Rinne	+	+		+		+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m		10 ^m		10 ^m
	Voix chuchotée	10 ^m	10 ^m		10 ^m		10 ^m
	Montre.	0,52	0,60		1,25		1,16

1. Faible.

Obs. LXVII. — *Emilienne M...*, 10 ans, vient consulter parce qu'elle est inappliquée à l'école, n'apprend rien; obstruction nasale.

Adénotomie le 4 novembre.

<i>Examen pré opér. 3 nov.</i>			<i>Examen post-opér. 23 nov.</i>		
Facies adénoïdien. Végéta-			Déjà très améliorée; est plus		
tions adénoïdes massives très			vive, plus appliquée.		
volumineuses.					
			O.G.	O.D.	
AUDITION	Rinne	+ +	+	+	
	Voix parlée . .	10 ^m 10 ^m	10 ⁱⁿ	10 ^m	
	Voix chuchotée	6 ^m 8 ^m	10 ^m	10 ^m	
	Montre.	0,32 0,32	1,10	1,18	

Obs. LXVIII. — *Lucien L...*, 8 ans, vient consulter parce qu'il dort la bouche ouverte et ronfle; on craint qu'il soit sourd, car il fait répéter souvent.

Adénotomie le 11 novembre.

<i>Examen pré-opér. 5 nov.</i>			<i>Examen post-opér. 17 nov.</i>		
Facies adénoïdien. Végéta-			Une semaine après l'opéra-		
tions adénoïdes massives abon-			tion, déjà très amélioré.		
dantes.					
			O.G.	O.D.	
AUDITION	Rinne	+ +	+	+	
	Voix parlée . .	10 ^m 10 ^m	10 ^m	10 ^m	
	Voix chuchotée	10 ^m 8 ^m	10 ^m	10 ^m	
	Montre.	0,38 0,31	1,09	1,07	

1. Faible.

Obs. LXIX. — *Alexandre N...*, 14 ans, vient consulter parce qu'il a de la gêne respiratoire nasale et qu'il s'enrhume fréquemment, est souvent distrait, inattentif.

Adénotomie le 11 novembre.

<i>Examen pré-opér. 7 nov.</i>			<i>Examen post-opér. 18 nov.</i>		
Végétations massives volumineuses.			Une semaine après l'opération. Bon résultat.		
O.G. O.D.			O.G. O.D.		
AUDITION	Rinne	+ +		+ +	
	Voix parlée . .	10 ^m 10 ^m		10 ^m 10 ^m	
	Voix chuchotée	8 ^m 8 ^m		10 ^m 10 ^m	
	Montre	0,63 0,62.		1,18 1,19	

Obs. LXX. — *Marcelle P...*, 9 ans, vient consulter parce qu'elle est sujette aux maux de gorge, entend bien, enfant très studieuse à l'école.

Adénotomie le 11 novembre.

<i>Examen pré-opér. 10 nov.</i>			<i>Examen post-opér. 18 nov.</i>		
Facies adénoïdien. Végétations adénoïdes, diffuses, avec prédominance latérale droite.			Une semaine après l'adénotomie, bons résultats opératoires.		
O.G. O.D.			O.G. O.D.		
AUDITION	Rinne	+ douteux		+ +	
	Voix parlée . .	10 ^m 10 ^m		10 ^m 10 ^m	
	Voix chuchotée	10 ^m 10 ^m		10 ^m 10 ^m	
	Montre	0,42 0,25		0,85 0,82	

Faible.

Obs. LXXI. — *Emilienne P...*, 13 ans, vient consulter parce qu'elle a de la gêne respiratoire nasale et qu'elle s'enrhume souvent.

Adénotomie le 8 avril.

Examen pré-opér. 2 avril.
Végétations diffuses, peu volumineuses.

AUDITION		O.G.	O.D.
	Rinne	+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	10 ^m	10 ^m
	Montre.	1,30	1,13

Examen post-opér. 18 juin.
Bon état général.

O.G.	O.D.
+	+
10 ^m	10 ^m
10 ^m	10 ^m
1,28	1,18

Obs. LXXII. — *Charles C...*, 13 ans, vient consulter pour obstruction nasale ; enfant chétif peu développé.

Adénotomie le 2 mai.

Examen pré-opér. 23 avril.
Végétations adénoïdes massives assez abondantes.

AUDITION		O.G.	O.D.
	Rinne	+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	10 ^m	10 ^m
	Montre.	1,15	1,16

Examen post-opér. 17 juin.
Très bon état général, cavum libre.

O.G.	O.D.
+	+
10 ^m	10 ^m
10 ^m	10 ^m
1,10	1,18

Obs. LXXIII. — *Georgette R...*, 8 ans, vient consulter parce qu'elle ne peut respirer par le nez et a constamment la bouche ouverte.

Adénotomie le 2 mai.

<i>Examen pré-opér. 23 avril.</i>	<i>Examen post-opér. 30 oct.</i>
Facies adénoïdien. Végéta-	Bon état général, obstruc-
tions adénoïdes massives volu-	tion nasale disparue.
mineuses.	

		O.G.	O.D.			O.G.	O.D.
AUDITION	Rinne	+	+			+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m			10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	10 ^m	10 ^m			10 ^m	10 ^m
	Montre	1,30	1,55			1,32	1,50

Obs. LXXIV. — *Berthe D...*, 10 ans, vient consulter parce qu'elle a fréquemment des maux de gorge.

Adénotomie le 6 mai.

<i>Examen pré-opér. 23 avril.</i>	<i>Examen post-opér. 23 oct.</i>
Végétations adénoïdes dif-	Est très bien portante.
fuses; hypertrophie légère des	
amygdales.	

		O.G.	O.D.			O.G.	O.D.
AUDITION	Rinne	+	+			+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m			10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	10 ^m	10 ^m			10 ^m	10 ^m
	Montre	1,10	1,25			1,16	1,25

1. Faible.

Obs. LXXV. — René D..., 7 ans, vient consulter parce qu'il s'enrhume souvent et dort la bouche ouverte.

Adénotomie le 6 mai.

<i>Examen pré-opér. 6 mai.</i>			<i>Examen post-opér. 1^{er} juil.</i>		
Facies adénoïdien. Végétations adénoïdes massives; quelques traînées latérales.			Bien portant; obstruction nasale disparue.		
O.G. O.D.			O.G. O.D.		
AUDITION	Rinne	+ +		+ +	
	Voix parlée . .	10 ^m 10 ^m		10 ^m 10 ^m	
	Voix chuchotée	10 ^m 10 ^m		10 ^m 10 ^m	
	Montre	1,08 1,10		1,10 1,09	

Obs. LXXVI. — Rose P..., 20 ans, vient consulter parce qu'elle ronfle la nuit, mouche abondamment, tousse le matin.

Adénotomie le 13 mai.

<i>Examen pré-opér. 7 mai.</i>			<i>Examen post-opér. 15 juin.</i>		
Facies adénoïdien. Végétations adénoïdes massives, peu volumineuses; amygdales hypertrophiées.			Très bon état général, obstruction disparue.		
O.G. O.D.			O.G. O.D.		
AUDITION	Rinne	+ +		+ +	
	Voix parlée . .	10 ^m 10 ^m		10 ^m 10 ^m	
	Voix chuchotée	10 ^m 10 ^m		10 ^m 10 ^m	
	Montre	1,16 1,12		1,38 1,70	

Obs. LXXVII. — *Eugène T...*, 14 ans, vient consulter parce qu'il tousse et crache le matin sans effort.

Adénotomie le 20 mai.

<i>Examen pré-opér. 9 mai.</i>				<i>Examen post-opér. 22 juin.</i>			
Végétations adénoïdes massives peu volumineuses.				Bon état général, cavum libre.			
		O.G.	O.D.			O.G.	O.D.
AUDITION	Rinne	+	+			+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m			10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	10 ^m	10 ^m			10 ^m	10 ^m
	Montre.	1,13	1,09			1,15	1,15

Obs. LXXVIII. — *Georgette T...*, 12 ans, vient consulter parce qu'elle a de la gêne respiratoire nasale. Bon état général.

Adénotomie le 20 mai.

<i>Examen pré-opér. 13 mai.</i>				<i>Examen post-opér. 22 juin.</i>			
Végétations adénoïdes massives au sommet du cavum, peu volumineuses.				Obstruction nasale disparue.			
		O.G.	O.D.			O.G.	O.D.
AUDITION	Rinne	+	+			+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m			10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	10 ^m	10 ^m			10 ^m	10 ^m
	Montre.	1,20	1,10			1,08	1,14

Obs. LXXIX. — *Léonie H...*, 13 ans, vient consulter parce qu'elle tousse souvent et qu'elle est chétive, peu développée.

Adénotomie le 28 mai.

<i>Examen pré-opér. 19 mai.</i>			<i>Examen post-opér. 22 juin.</i>		
Végétations adénoïdes mas-			Très bon état général.		
sives.					
AUDITION		O.G. O.D.	O.G.	O.D.	
	Rinne	+ +	+	+	
	Voix parlée . .	10 ^m 10 ^m	10 ^m	10 ^{1a}	
	Voix chuchotée	10 ^m 10 ^m	10 ^m	10 ^m	
	Montre	1,08 1,25	1,12	1,17	

Obs. LXXX. — *Pierre B...*, 9 ans, vient consulter parce qu'il est sujet aux maux de gorge, peu développé physiquement et intellectuellement.

Adénotomie le 24 juin.

<i>Examen pré opér. 20 juin.</i>			<i>Examen post-opér. 16 nov.</i>		
Végétations adénoïdes dif-			Très bien portant.		
fuses. Hypertrophie des amyg-					
dales.					
AUDITION		O.G. O.D.	O.G.	O.D.	
	Rinne	+ +	+	×	
	Voix parlée . .	10 ^m 10 ^m	10 ^m	10 ^m	
	Voix chuchotée	10 ^m 10 ^{ma}	10 ^m	10 ^m	
	Montre.	1,40 1,32	1,35	1,30	

1. Faible.

Obs. LXXXI. — *Henriette G.*, 12 ans, vient consulter parce qu'elle a de la gêne respiratoire nasale; dort la bouche ouverte et ronfle.

Adénotomie le 15 juillet.

Examen pré-opér. 18 juin.

Végétations adénoïdes massives peu volumineuses; amygdales hypertrophiées.

AUDITION		O.G.	O.D.
	Rinne	+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	10 ^m	10 ^m
	Montre	1,14	1,08

Examen post-opér. 30 oct.

Bien portante, cavum libre.

	O.G.	O.D.
Rinne	+	+
Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m
Voix chuchotée	10 ^m	10 ^m
Montre	1,12	1,15

Obs. LXXXII. — *Raymond G.*, 9 ans, vient consulter pour obstruction nasale; enfant peu développé pour son âge.

Adénotomie le 29 juillet.

Examen pré-opér. 18 juil.

Végétations adénoïdes massives peu volumineuses.

AUDITION		O.G.	O.D.
	Rinne	+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	10 ^m	8 ^m
	Montre	1,13	1,12

Examen post-opér. 26 oct.

Bon état général.

	O.G.	O.D.
Rinne	+	+
Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m
Voix chuchotée	10 ^m	10 ^m
Montre	1,17	1,12

Obs. LXXXIII. — *Maurice T...*, 12 ans, vient consulter parce qu'il s'enrhume fréquemment, dort la bouche ouverte et ronfle.

Adénotomie le 7 octobre.

<i>Examen pré-opér. 5 octob.</i>			<i>Examen post-opér. 6 nov.</i>		
Végétations adénoïdes massives volumineuses.			Obstruction nasale disparue.		
			Bon état général.		
			O.G.	O.D.	
AUDITION	Rinne	+ +	+	+	
	Voix parlée . .	10 ^m 10 ^m	10 ^m	10 ^m	
	Voix chuchotée	10 ^m 10 ^m	10 ^m	10 ^m	
	Montre	1,03 1,05	1,10	1,14	

Obs. LXXXIV. — *Eugénie P...*, 14 ans, vient consulter parce qu'elle tousse souvent. A été auscultée, n'a rien aux poumons.

Adénotomie le 14 octobre.

<i>Examen pré-opér. 25 juill.</i>			<i>Examen post-opér. 16 nov.</i>		
Végétations adénoïdes massives peu volumineuses.			Tousse encore, peu de modifications depuis l'opération.		
			O.G.	O.D.	
AUDITION	Rinne	+ +	+	+	
	Voix parlée . .	10 ^m 10 ^m	10 ^m	10 ^m	
	Voix chuchotée	10 ^m 10 ^m	10 ^m	10 ^m	
	Montre	1,22 1,16	1,28	1,32	

Obs. LXXXV. — *Achille H...*, 10 ans, vient consulter pour angines fréquentes et obstruction nasale ; enfant chétif, peu développé.

Adénotomie le 14 octobre.

<i>Examen pré-opér. 10 octob.</i>				<i>Examen post-opér. 16 nov.</i>			
Facies adénoïdien. Végétations adénoïdes massives ; hypertrophie des amygdales.				Très bon état général.			
		O.G.	O.D.			O.G.	O.D.
AUDITION	Rinne	+	+			+	+
	Voix parlée . .	10 ^m	10 ^m			10 ^m	10 ^m
	Voix chuchotée	10 ^m	10 ^m ¹			10 ^m	10 ^m
	Montre.	1,08	1,11			1,08	1,16

1. Faible.

INTERPRETATION DE NOS OBSERVATIONS

Diverses déductions doivent naturellement se dégager de l'ensemble de nos observations. Nous ne nous arrêterons pas aux considérations de détail, (surdité unilatérale ou bilatérale ; audition diminu e à la voix et conserv e à la montre ou inversement), qui n'offrent pas grand intérêt.

Nous désirons surtout mettre en lumière les points essentiels de notre travail, ceux qu'il faut en retenir et c'est dans ce but que nous avons dressé le tableau suivant qui, groupant les résultats généraux obtenus, va nous permettre de les interpréter de façon utile.

La lecture de ce tableau nous amène à des constatations intéressantes :

La surdité est très fréquente chez les adénoïdiens non otitiques ; nous l'avons rencontr e 70 fois sur 85 examens. Comme dans tous les cas l'oreille de nos malades paraissait anatomiquement saine, leur surdité

70	ADÉNOÏDIENS	16 cas de grande surdité (montre au-dessous de 0,25 centimètres)	5 végétations adénoïdes massives	QUI DEVIENNENT APRÈS L'ADÉNOTOMIE :
SOURDS	ADÉNOÏDIENS	54 cas de surdité plus ou moins prononcée.	11 végétations adénoïdes diffuses.	4. Audition normale.
				6. Audition très améliorée.
SOURDS	ADÉNOÏDIENS	54 cas de surdité plus ou moins prononcée.	18 végétations adénoïdes massives.	5. Audition améliorée.
				1. État stationnaire.
SOURDS	ADÉNOÏDIENS	54 cas de surdité plus ou moins prononcée.	36 végétations adénoïdes massives.	36. Audition normale.
				15. Audition améliorée.
SOURDS	ADÉNOÏDIENS	54 cas de surdité plus ou moins prononcée.	36 végétations adénoïdes diffuses.	3. État stationnaire.
SOURDS	ADÉNOÏDIENS	54 cas de surdité plus ou moins prononcée.	12 végétations adénoïdes massives.	
SOURDS	ADÉNOÏDIENS	54 cas de surdité plus ou moins prononcée.	3 végétations adénoïdes diffuses.	

15 ADÉNOÏDIENS DONT L'AUDITION EST NORMALE

Dans 23 cas, la surdité est connue des parents.
 Dans 47 cas, la surdité passe inaperçue.

doit être attribuée à une gêne de la ventilation tubotympanique, gêne produite par les végétations adénoïdes du pharynx nasal.

La surdité est le plus souvent légère, et nous appelons légère une surdité qui ne paraît pas incommoder celui qui en est atteint, une surdité qui passe inaperçue dans une conversation et qui est néanmoins franchement nette aux épreuves d'audition.

La surdité est généralement ignorée des parents de l'adénoïdien et de lui-même.

Elle est ignorée parce que, comme nous venons de le dire, elle est légère et peut passer inaperçue. Elle est ignorée surtout parce qu'elle est confondue avec l'inattention, la distraction. Que de fois les parents nous ont dit : « *Il est souvent distrait mais c'est de son âge.* » Pourquoi le fait d'être distrait serait-il l'apanage de l'enfance ? Pourquoi cet enfant qui ne répond pas quand on lui parle, serait-il nécessairement un enfant qui n'écoute pas ? Ne serait-il pas plutôt un enfant qui n'entend pas ?

La surdité légère s'observe plus fréquemment dans le cas d'adénoïdes diffuses, latérales. Cette coïncidence s'explique naturellement par le mode différent d'action des végétations massives et des végétations diffuses sur la trompe d'Eustache. Nous avons longuement montré dans le deuxième chapitre de ce travail comment les adénoïdes massives doivent, pour déterminer un affaiblissement de l'audition, être très volumineuses, tandis qu'un ilot d'adénoïdes latérales, convenablement placé, suffit pour gêner la béance tubaire. Mais ce que nous tenons à souligner, c'est la pauvreté de la symptomatologie adénoï-

dienne dans beaucoup de cas d'adénoïdes latérales. Elle, qui est si riche en symptômes tapageurs dans le cas d'adénoïdes massives, est ici nulle pour le malade, presque nulle pour le médecin. Elle se réduit à un petit amas de végétations péritubaires que le toucher naso-pharyngien constate, et à un état de surdité légère que les épreuves auditives révèlent. On nous objectera peut-être que cette symptomatologie n'est pas si discrète que nous voulons bien le dire, et que les adénoïdiens examinés par nous sont, ainsi qu'en témoignent nos observations, venus consulter pour quelque chose, en particulier pour des troubles de la respiration nasale. C'est exact ; nos observations le mentionnent mais ce qu'elles n'ajoutent pas, et que nous tenons à dire ici, c'est que le plus souvent les parents n'énonçaient pas spontanément ces troubles divers ; ils nous présentaient l'enfant en nous disant : « Docteur, c'est dans la gorge » ou « Docteur, c'est dans le nez », et ce n'est que sur notre interrogatoire qu'ils arrivaient à préciser. Ils venaient en somme, croyons-nous, faire constater l'état des voies respiratoires supérieures de leur enfant, et beaucoup ont trouvé étrange qu'après examen, nous leur parlions d'opération. La consultation de l'hôpital a ceci de bon qu'elle attire des malades qui croient ne rien avoir et tiennent à se le faire dire par un médecin. Nous ne saurions nous en plaindre quand il s'agit d'adénoïdiens chez qui nous décelons un certain degré de surdité.

Car une surdité *légère, ignorée des parents*, dans le cas d'adénoïdes diffuses à symptomatologie *discrète* est

grave parce qu'on ne la découvre pas et qu'on ne la soigne pas.

On ne la soigne pas, et, cependant, livrée à elle-même, elle peut devenir demain une surdité incurable. On ne la soigne pas et cependant elle retentit aujourd'hui sur l'intelligence de façon néfaste. Nous savons que l'intelligence de l'enfant se développe par l'audition. Une surdité même légère constitue une entrave à son développement spontané, et cela au moment où il est le plus actif ; elle paralyse sa croissance, retarde sa marche en avant. Si à la surdité vient se joindre cet état d'asthénie intellectuelle, d'aprosxie, signalée chez l'adénoïdien, on voit dans quelles conditions défavorables son intelligence est placée pour croître et grandir. Et ce n'est pas tout. A côté du développement spontané qu'une bonne audition facilite, doit intervenir une sorte de développement provoqué dont le stimulant vient du dehors. Cette jeune intelligence n'est pas abandonnée à ses propres forces. Des maîtres ont mission de la cultiver, de diriger sa croissance, de solliciter sa vigueur. L'intelligence de l'adénoïdien sourd a-t-elle de ce côté tous les soins qu'elle exige ? Non, pensons-nous. Le maître, qui juge ses élèves d'après leur capacité intellectuelle, est naturellement enclin à délaisser ceux qui paraissent en avoir moins. Il ne les stimule pas, craignant de le faire en pure perte. Il les voit distraits et les croit inaptes ; il ignore que beaucoup de ces distraits sont des sourds et il les exile au banc des mauvais élèves, au fond de la classe, où ils entendront moins encore. Et cette jeune intelligence, sur laquelle la dé-

faveur semble s'obstiner, pousse alors au gré du hasard, sans vigueur naturelle, sans direction, et, arrivée au terme de son développement, elle ne donne pas de fruits.

Nous nous expliquons maintenant pourquoi la *majorité des adénoïdiens chez qui nous avons décelé une surdité méconnue, étaient à l'école de mauvais élèves*. La cause de leurs mauvaises notes était dans leur cavum, et comme elle n'avait souvent d'autre manifestation qu'une surdité légère, c'est par la surdité qu'elle agissait. Et ce qui le prouve nettement, c'est la métamorphose accomplie par l'adénotomie. La plupart de nos adénoïdiens, une fois opérés, sont devenus studieux et appliqués, en même temps que leur capacité auditive a repris sa valeur normale. Leur capacité intellectuelle que rien ne paralyse plus désormais, va donner toute sa mesure. A côté d'eux, sur le même « banc des cancre » beaucoup d'adénoïdiens ignorés restent sourds ; leur intelligence luit faiblement qui ne demanderait qu'à briller davantage, à laquelle l'adénotomie rendrait son éclat. Et ce n'est pas trop présumer des bons effets de l'adénotomie que de dire avec *Lermoyez* : « *D'un cancre, le couteau de Gottstein fait un bon élève* » S'il est vrai, comme nous le pensons, que l'adénoïdien est cancre parce qu'il n'entend pas, l'adénotomie le rendra bon élève en lui rendant l'ouïe. Car elle rend l'ouïe ; nos observations en témoignent : *sur 70 adénoïdiens sourds, opérés, 40 ont aujourd'hui une audition normale, 26 ont une audition voisine de la normale ou notablement améliorée.*

C'est pourquoi nous jugeons utile d'examiner l'audition de tous les porteurs d'adénoïdes et d'enlever toutes les végétations qui s'accompagnent d'un degré de surdité, si léger soit-il.

C'est pourquoi il importe, à notre avis, dans tous les cas de surdité légère chez l'enfant, en l'absence de lésions auriculaires pouvant l'expliquer, d'aller chercher sa cause dans le naso-pharynx et d'incriminer les adénoïdes même insignifiantes lorsqu'elles siègent autour du pavillon tubaire.

C'est pourquoi, plus catégorique encore, nous désirerions qu'on examine l'audition de tout enfant inattentif et distrait afin de reconnaître si c'est réellement d'inattention qu'il s'agit et non de surdité. Cet examen amènerait, nous en avons la conviction, bien des surprises.

Nous voudrions en un mot qu'on fasse pour l'adénoïdien plus qu'il n'a été fait jusqu'à ce jour, qu'on prenne souci de son avenir intellectuel, et c'est pour cela que nous avons cherché à dévoiler un point particulier de la pathologie des adénoïdes, un des plus cachés peut-être, mais non le moins dangereux.

De plus autorisés que nous ont signalé déjà le danger social de l'affection adénoïdienne. Le professeur *Guye*, d'Amsterdam, dénonçait au congrès d'hygiène et de démographie de Bruxelles, en 1903, l'étendue du mal, et proposait, pour la mieux mesurer, une « *enquête scolaire internationale sur les végétations adénoïdes* ». Il choisissait comme intermédiaire entre l'enfant et les parents l'instituteur qui, constamment en contact avec

ses élèves, pouvait les observer à ce point de vue. Il avait dressé un questionnaire renfermant l'énoncé des principaux symptômes des végétations adénoïdes. Chaque enfant aurait eu sa fiche adénoïdienne établie par l'instituteur. On aurait ainsi obtenu le nombre approximativement exact des écoliers adénoïdiens, nombre inférieur, selon nous, à la réalité, car beaucoup d'adénoïdes, celles en particulier sur lesquelles nous nous sommes volontairement appesanti, celles qui ne donnent que peu ou pas de signes, auraient échappé à l'investigation sommaire de l'instituteur. Ce projet, excellent dans son principe, très applicable dans sa forme, fut repoussé par le congrès. Nous le regrettons profondément. Une enquête scolaire internationale eût permis d'apprécier l'étendue et les diverses modalités de ce mal dont souffre l'enfance, mal grave puisque les statistiques les plus modérées accusent sur 100 enfants 10 à 20 adénoïdiens.

Mais nous ne désespérons pas. L'affection adénoïdienne de *W. Meyer* est vieille de quarante ans à peine. Chaque jour se manifeste davantage sa pernicieuse influence ; chaque jour se divulguent les troubles qui lui sont imputables. Ce mal public tend à devenir de notoriété publique. Il arrivera peu à peu à émouvoir, à susciter des mesures de protection en faveur de l'enfance. Nous ne désespérons pas de voir aboutir les efforts de ceux qui veulent *défendre l'enfant en soignant l'adénoïdien*.

CONCLUSIONS

I. — Étant donnée la situation anatomique du pavillon de la trompe d'Eustache, les végétations adénoïdes du pharynx nasal peuvent gêner sa fonction de ventilation de l'oreille moyenne.

La ventilation de l'oreille moyenne peut être gênée de deux façons différentes :

A) Par des *adénoïdes massives* volumineuses qui, déterminant une obstruction nasale complète, empêchent le passage de l'air à travers les choanes : il existe dès lors dans l'arrière-nez un vide relatif où la trompe ne peut trouver une pression suffisante.

B) Par des *adénoïdes latérales* qui, dans un arrière-nez suffisamment aéré, obturent le pavillon tubaire : La trompe est fermée mécaniquement au niveau de son orifice pharyngé.

II. — Les végétations adénoïdes, gênant la ventilation de l'oreille moyenne, déterminent souvent un certain degré de surdité.

III. — Sur 85 adénoïdiens examinés dans le service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Lariboisière, nous avons trouvé 70 sourds, chez lesquels aucune lésion anatomique, présente ou passée, de l'oreille moyenne ne pouvait expliquer la surdité.

IV. — La majorité d'entre eux étaient ce que nous pourrions appeler des *minus audiens*. Leur surdité pas-

sait inaperçue d'eux-mêmes et de leur entourage ; elle était néanmoins réelle car la valeur de leur audition était inférieure à la valeur physiologique normale.

V. — Les végétations adénoïdes qui occasionnaient le plus fréquemment la surdité étaient, non pas les végétations adénoïdes massives, à symptomatologie nasale tapageuse, mais les végétations adénoïdes diffuses, disséminées sur les parois latérales du pharynx, les végétations péritubaires, à symptomatologie discrète et silencieuse.

VI. — L'adénotomie pratiquée sur eux a donné les résultats généraux que nous attendions. Quant à l'audition, elle l'a modifiée de telle façon que sur 70 sourds 40 ont aujourd'hui une acuité auditive égale à la normale, 26 ont une acuité auditive voisine de la normale ou notablement meilleure ; chez 4 seulement, l'audition est restée ce qu'elle était.

VII. — L'importance des faits que nous avons observés est grande au point de vue de l'avenir intellectuel des enfants. L'intelligence ne se développe spontanément chez l'enfant qu'autant qu'il entend bien. En outre, l'intelligence, que l'on doit solliciter à cet âge, on ne la sollicite pas, on ne la provoque pas chez un enfant distrait et inattentif. Le maître, le jugeant mauvais élève, s'en désintéresse, le met « au banc des cancre. » Or beaucoup de distraits, beaucoup d'inattentifs, présumés mauvais élèves, sont, nous en avons la conviction, des *adénoïdiens sourds*. Qu'on ne se hâte donc pas de croire morte une intelligence qui sommeille ! Qu'on apprenne plutôt à dépister les végétations adé-

noïdes qui l'ont endormie et on permettra à l'énergie intellectuelle de nos enfants de donner toute sa mesure.

L'instituteur devrait connaître les symptômes cardinaux des végétations adénoïdes, observer ses élèves à ce point de vue et dresser une sorte d'état adénoïdien de sa classe. L'« enquête scolaire sur les végétations adénoïdes » que le professeur Guye, d'Amsterdam, proposait au Congrès d'hygiène et de démographie de Bruxelles en 1903, mériterait d'être mise en pratique dans tous les pays. En révélant beaucoup d'adénoïdes insoupçonnées, elle jetterait peut-être un cri d'alarme salulaire (1).

1. Depuis l'impression de notre travail, le Dr Courtade a donné lecture à l'Académie de Médecine (séance du 23 novembre 1908), d'un mémoire sur la *surdité* et la *perméabilité nasale* chez les enfants des écoles.

Ses examens ont porté sur 475 écoliers. Il a trouvé chez plus d'un tiers une audition défectueuse, et il a noté que la surdité influe sur leur développement intellectuel. En outre, il a observé, chez les deux cinquièmes des enfants des écoles, un degré variable d'obstruction nasale ; et on n'ignore pas que l'obstruction nasale est, à cet âge, fonction le plus souvent de végétations adénoïdes.

Nous avons tenu à signaler les résultats généraux obtenus par le Dr Courtade, car ils appuient fortement nos prévisions en ce qui concerne les adénoïdiens de l'école.

Vu : le Président de la thèse

SECOND

Vu le Doyen :
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

L. LIARD

Impr. des Facultés A. MICHALON, 10, rue de Vaugirard, Paris.

